N° 82-622-X au catalogue — n° 007
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-96965-7

Document de travail

Série de documents de travail de la recherché sur la santé

Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : les facteurs qui importent

par Claudia Sanmartin, Saeeda Khan et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

Division de l'information et de la recherche sur la santé
24-L, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : les facteurs qui importent

par Claudia Sanmartin, Saeeda Khan et l'équipe de recherche de l'initiative DLAS

82-622-X N° 007
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-96965-7

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé
24-A, immeuble R.-H.-Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Numéro de téléphone : 613-951-6059
Numéro de télécopieur : 613-951-3959
Courriel :
Claudia.Sanmartin@statcan.gc.ca
Saeeda.Khan@statcan.gc.ca

Le document est disponible en format électronique à www.statcan.gc.ca

Juin 2011

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2011

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division des services à la clientèle, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 007).

Note de reconnaissance
Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle
Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.gc.ca sous la rubrique À propos de nous > Notre organisme > Offrir des services aux Canadiens.

Au sujet de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques sur la santé et le bien-être de la population du Canada. Nous effectuons des enquêtes auprès des Canadiens et recueillons des données administratives afin de comprendre l'état de santé de la nation, les caractéristiques et les comportements qui favorisent la santé ou qui lui sont nuisibles, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats en matière de santé.

Nous informons la population canadienne grâce à l'analyse et à la diffusion de nos fonds de données. Statistique Canada publie mensuellement les *Rapports sur la santé*, une revue indexée avec comité de lecture consacrée à la recherche sur la santé des populations et sur les services de santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Au sujet de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) est un partenariat entre les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et Statistique Canada, ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le Conseil canadien des registres du cancer et le Conseil sur la statistique de l'état civil du Canada. L'objectif de l'Initiative est de combler d'importantes lacunes en matière d'information en veillant à ce que des données administratives clés, comme celles recueillies couramment par l'entremise du système de santé, puissent être utilisées pour entreprendre des études pancanadiennes en vue de mieux comprendre les relations entre les facteurs de risque, les caractéristiques socioéconomiques, les mesures de l'état de santé et l'utilisation des services de santé. Les travaux de recherche comprennent le couplage des données administratives provinciales et territoriales sur la santé entre elles, ainsi qu'à celles provenant des enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada, des bases de données sur les naissances et les décès, et du Registre canadien du cancer. En plus de compléter les importantes études par couplage d'enregistrements déjà effectuées individuellement par les provinces, les études fondées sur les DLAS offrent des occasions inestimables de tirer des enseignements des comparaisons entre les provinces et territoires, et facilitent la réalisation d'études à plus grande échelle portant sur des événements et des problèmes de santé moins fréquents. Brièvement, l'Initiative sur les DLAS a pour objectif d'établir les fondements d'un programme canadien de couplage d'enregistrements en vue d'élargir le champ des connaissances sur les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé, ainsi que les rapports qui existent entre eux.

Statistique Canada est l'organe opérationnel du partenariat concernant les DLAS. Deux divisions de Statistique Canada, la Division de la statistique de la santé (DSS) et la Division de l'analyse de la santé (DAS), collaborent au soutien de l'Initiative.

La DSS est responsable du soutien administratif permanent, y compris l'organisation des réunions du comité directeur et la fourniture de services de secrétariat à l'Initiative. Elle est également responsable de la construction et de la maintenance de l'environnement de traitement des données de l'Initiative sur les DLAS, du stockage et du traitement sécuritaires des ensembles de données des DLAS et de la production de fichiers de données couplées d'analyse pour toutes les études approuvées.

La DAS offre au programme des DLAS le soutien à la recherche dont il a besoin par l'entremise de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS. La DAS est la source principale de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle a pour mandat de fournir des renseignements de haute qualité, pertinents et complets sur l'état de santé de la population et sur le système de soins de santé. Le présent projet représente l'une des quatre études entreprises par l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui figurent au programme de recherche établi par le Comité directeur de l'Initiative en 2008.

Remerciements

Statistique Canada remercie les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. En particulier, nous tenons à exprimer notre reconnaissance envers les membres du Comité de l'Initiative sur les DLAS qui a dégagé les domaines de recherche prioritaires et fourni des commentaires essentiels :

Adalsteinn Brown (coprésident, Ontario)

Michael Wolfson (coprésident, Statistique Canada, 2007 à 2009)

Anil Arora (coprésident, Statistique Canada, 2009 à 2010)

Joy Maddigan (Terre-Neuve-et-Labrador)

Ann Vivian-Beresford (Terre-Neuve-et-Labrador)

Pat Charlton (Île-du-Prince-Édouard)

John Boyne (Nouveau-Brunswick)

David Elliott (Nouvelle-Écosse)

Sten Ardal (Ontario)

Vasanthi Srinivasan (Ontario)

Louis Barre (Manitoba et ICIS)

Deborah Malazdrewicz (Manitoba)

Jacqueline Messer-Lepage (Saskatchewan)

Bev Walkner (Alberta)

Ian Rongve (Colombie-Britannique)

Jean-Marie Berthelot (ICIS)

Julie McAuley (Statistique Canada)

Jillian Oderkirik (Statistique Canada)

Les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas forcément celles de chaque représentant provincial individuels ni de leurs ministères de la Santé respectifs.

Les membres de l'équipe de recherche de l'Initiative sur les DLAS qui ont fait bénéficier le projet de leur leadership scientifique comprennent Gisèle Carrière, Rochelle Garner, Helen Johansen, Saeeda Khan, Kim McGrail, Lindsay Porter, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin.

Nous remercions également Bob Kingsley et Richard Trudeau de leur leadership et de leur détermination à réaliser les objectifs en matière de données de l'Initiative sur les DLAS.

Nous tenons à remercier Doug Manuel pour son apport spécialisé à la révision du présent rapport.

Enfin, nous remercions les membres de l'équipe de rédaction et de production de la Division de l'analyse de la santé pour leur contribution et pour leur expertise, y compris Mary Sue Devereaux, Janice Felman, Robert Pellarin et Rasha Bradic.

Sommaire

Les hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) représentent une mesure indirecte de l'accès aux soins primaires et de la capacité du système à prendre en charge les maladies chroniques comme le diabète, l'insuffisance cardiaque congestive, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, etc.). Les hospitalisations CPSA communément qualifiées d'*évitables* nous livrent donc une mesure du rendement du système de soins primaires.Nous disposons d'indications limitées selon lesquelles ces hospitalisations auraient à voir avec la disponibilité de services en soins primaires. De plus en plus d'indices font cependant voir que des caractéristiques des patients, comme la situation socioéconomique, augmenteraient les risques d'hospitalisation pour des CPSA.

Nous présentons ici la première évaluation nationale d'une grande diversité de facteurs liés aux hospitalisations pour des CPSA. Ce qui distingue notre étude, c'est l'accent mis sur les personnes qui sont le plus à risque, c'est-à-dire sur ceux qui présentent au moins un état de CPSA. Elle est fondée sur un couplage de données d'enquête sur la santé et de données hospitalières permettant de brosser un tableau complet des caractéristiques des patients, de leur accès aux soins primaires et de l'existence ou non d'une hospitalisation pour des CPSA. En comprenant mieux le rôle que jouent ces facteurs, on pourra mieux voir comment les services de soins primaires pourraient réduire les risques de ces d'hospitalisations évitables.

Principaux résultats

- Dans l'ensemble, les personnes hospitalisées pour des CPSA ne représentent que 0,4 % des Canadiens de moins de 75 ans, mais 6 % de toutes les personnes hospitalisées et près de 11 % de toutes les journées de séjour hospitalier.
- Plus de la moitié des hospitalisés pour des CPSA avaient 60 ans et plus comparativement à moins de la moitié des hospitalisés pour d'autres motifs et à une personne sur quatre chez les non-hospitalisés.
- Des statistiques descriptives en correction de l'âge et du sexe indiquent que les hospitalisés pour des CPSA :
  - ➢ avaient une santé plus précaire selon plusieurs mesures et étaient plus susceptibles de présenter une comorbidité;
  - ➢ avaient plus de chances d'appartenir au quintile de revenu du ménage le plus bas;
  - ➢ risquaient davantage de fumer quotidiennement ou d'avoir déjà fumé.
- Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les hospitalisés pour des CPSA étaient aussi plus susceptibles d'utiliser les soins primaires et les soins spécialisés et de disposer d'un médecin permanent.
- Des analyses multivariées où tous les facteurs d'intérêt sont considérés simultanément révèlent qu'un âge plus avancé (60 ans et plus), un piètre état de santé, le tabagisme et au moins une hospitalisation subie dans la dernière année rendaient plus probable une hospitalisation pour des CPSA tant chez les hommes que chez les femmes. Une situation de faible revenu et de séparation ou de divorce était aussi un facteur d'hospitalisation pour des CPSA chez les hommes, tout comme l'insuffisance de poids chez les femmes.
- Le rapport livre enfin des « profils de risque » décrivant les caractéristiques des personnes ayant respectivement de petits et de grands risques d'hospitalisation pour des CPSA.

Table des matières

Introduction 1
Sources de données 2
Méthodologie 3
Résultats 4
Taux d'hospitalisation pour des CPSA dans la population « à risque » 4
Caractéristiques des hospitalisés pour des CPSA 4
Quels sont les facteurs les plus importa? Résultats de l'analyse multivariée 7
Profils de « risque » : qui risque le plus de subir une hospitalisation pour des CPSA? 10
Discussion 12
Références 15
Annexe A 17

Introduction

Les hospitalisations pour les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) — qu'il s'agisse de diabète, de cardiopathies ou de maladies respiratoires — pourraient refléter des problèmes d'accès aux soins primaires. Ce sont des maladies pour lesquelles on peut établir un lien théorique entre les risques d'hospitalisation et l'insuffisance des soins ambulatoires ou primaires[1,2]. On pense généralement que des soins primaires efficaces qui sont assurés en temps utile sont de nature à prévenir l'apparition de complications, à réduire les risques d'épisodes aigus et à empêcher les hospitalisations[3,4]. C'est pourquoi on qualifie communément les hospitalisations pour des CPSA d'*évitables*. Au Canada comme dans d'autres pays, ces hospitalisations sont une mesure indirecte de l'accès aux soins primaires et de la capacité du système à prendre en charge les états médicaux en question[5].

Il y aurait un lien théorique entre la prise en charge des maladies chroniques et les hospitalisations pour des CPSA, mais les données pour le confirmer sont limitées. Le gros des données vient d'études écologiques portant sur le rapport entre la disponibilité des services (nombre de praticiens en soins primaires, par exemple) et les hospitalisations pour des CPSA. Il faut aussi dire que les résultats de cette recherche sont inégaux, certaines études concluant à l'absence de rapport[6,7] et d'autres à l'existence du rapport négatif prévu, soit des taux d'hospitalisation moindres dans les régions où il y a plus de médecins[8,9].

Les données sont tout aussi limitées au sujet de l'incidence de la nature des soins primaires et des expériences des patients. On a, entre autres, relevé des taux moindres d'hospitalisation pour des CPSA chez les patients inscrits à des programmes de soins gérés dans le cadre du régime d'assurance-maladie par opposition aux services payants, ainsi que dans les régions desservies par des centres de santé communautaire et des cliniques rurales[10,11]. Une étude des patients d'un hôpital en Italie a dégagé un lien négatif entre l'utilisation des services, la satisfaction à l'égard des soins primaires et les probabilités d'hospitalisation pour des CPSA[12].

On a également étudié le rôle des caractéristiques des patients hospitalisés pour des CPSA. On a constaté que les hommes et les personnes plus âgées étaient plus susceptibles que les femmes et les plus jeunes de subir de telles hospitalisations[5,13]. On ne s'étonnera pas que les hospitalisations pour des CPSA soient plus fréquentes chez les personnes qui sont moins en santé et présentent une comorbidité[13,14] et chez les personnes vivant dans des régions à faible revenu[15,16,17]. Néanmoins, ces indications viennent en majeure partie des dossiers administratifs, ce qui limite les caractéristiques des patients qui peuvent être évaluées. Les quelques études où l'on a regardé un plus grand nombre de facteurs chez les patients reposaient souvent sur des enquêtes menées auprès de petits échantillons de patients dans un établissement ou une région en particulier, ce qui en rendait les résultats moins généralisables.

En revanche, nous adoptons une approche basée sur la population dans notre analyse pour étudier une grande diversité de facteurs d'hospitalisation pour des CPSA. Un trait distinctif de notre étude est l'obtention d'un échantillon nationalement représentatif des personnes les plus à risque, c'est-à-dire présentant au moins un état de CPSA (asthme, diabète, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique, épilepsie, cardiopathie ou hypertension). L'étude utilise des données d'enquête sur la santé en couplage avec des données administratives des hôpitaux. L'ensemble de données couplées représente une occasion unique d'examiner de façon approfondie les caractéristiques des hospitalisés : situation socioéconomique, état de santé, facteurs liés aux habitudes de vie et, particulièrement, accès aux soins primaires. La compréhension du rôle que jouent ces facteurs peut nous éclairer sur la façon dont les services de soins primaires peuvent réduire les risques d'hospitalisation « évitable ».

Sources de données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Nous avons mis en couplage les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (cycle 1.1) de 2000-2001 et celles de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) (2000-2001 à 2004-2005). Dans l'ESCC, on recueille des données transversales sur la santé des Canadiens et les services de santé qu'utilisent ceux-ci. Cette enquête vise la population de ménages hors établissement de 12 ans et plus dans l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception des membres des forces armées régulières, des occupants des réserves indiennes et des bases des Forces canadiennes (militaires et civils) et des résidents d'un certain nombre de régions éloignées. Une description du cadre méthodologique employé a déjà été présentée[18]. Le taux global de réponse obtenu en 2000-2001 s'est établi à 85 % et l'échantillon total était de 131 535 personnes. L'information était insuffisante dans les données hospitalières tirées des dossiers des résidents du Québec pour que le même couplage puisse se faire (voir les données sur les hospitalisations) et, par conséquent, les 22 667 (17 %) répondants québécois de l'ESCC ont été retirés de l'analyse. Sur les 108 868 répondants restants, 90 450 avaient donné la permission de coupler les données d'enquête et les données administratives. On s'est servi d'algorithmes à chiffres de contrôle pour vérifier la vraisemblance des numéros d'assurance-maladie; 72 363 de ces répondants ont donné un numéro plausible pour le couplage.

Données sur les hospitalisations

La Base de données de l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de Statistique Canada est un ensemble de données sur les personnes qui est tiré des fiches de congé d'hôpital dans la plupart des établissements de soins de courte durée et un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques, d'établissements pour malades chroniques et de centres de rééducation[19]. Ces dossiers de congé contiennent des données démographiques (sexe, date de naissance et code postal), administratives (numéro d'assurance-maladie, dates d'admission et de congé) et cliniques tirées de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH) de l'Institut canadien d'information sur la santé)[20]. Au moment du traitement des données à Statistique Canada, on a dû exclure environ 3 % des dossiers de la BDMH des patients de 12 ans et plus à cause de numéros d'assurance-maladie manquants ou erronés. La Base de données de l'ISOP représente d'environ 3,4 millions d'hospitalisations en soins de courte durée chaque année.

Couplage des données d'enquête sur la santé et des données hospitalières

On a couplé les données d'enquête et les données administratives au niveau des personnes par couplage probabiliste avec des données caractéristiques comme le numéro d'assurance-maladie, le code postal, la date de naissance et l'âge. L'opération a porté seulement sur les répondants de l'ESCC hors Québec qui avaient consenti à ce que leurs données d'enquête soient mises en couplage avec d'autres sources d'information sur la santé. Statistique Canada s'est chargé du jumelage des données. On pourra trouver ailleurs d'autres renseignements sur cette opération[21]. Une évaluation récemment produite du couplage ESCC-ISOP a démontré un taux élevé d'observation de la population de moins de 75 ans[22].

Méthodologie

Échantillon

L'échantillon de notre étude comprend les répondants de l'ESCC de 12 à 74 ans (sauf ceux du Québec) qui ont donné la permission de relier leurs données d'enquête aux données de la BDMH et qui ont dit avoir eu au moins un diagnostic pour les états de CPSA suivants : asthme, emphysème/maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension (n=16 931; N=2,75 millions). Les interviews de l'ESCC ont eu lieu entre le 1er septembre 2000 et le 3 novembre 2001. À compter de la date de l'interview, on a fait une recherche prospective sur quatre ans (1 462 jours) dans les dossiers hospitaliers en couplage pour les divers répondants. Ce suivi temporel dans les données hospitalières des dossiers administratifs en couplage visait à déterminer si les intéressés avaient vécu un des événements suivants : au moins une hospitalisation pour des CPSA (n=840), au moins un autre type d'hospitalisation (n=4 149) ou aucune hospitalisation (n=11 942). Il a été impossible de tronquer les observations avant la fin des quatre ans en cas de décès ou de migration interprovinciale, parce que les données sur ces événements étaient indisponibles ou incomplètes.

On a défini les hospitalisations pour des CPSA comme les admissions en hôpital de soins de courte durée attribuables à l'angine, à l'asthme, aux MPOC, au diabète, à l'épilepsie et autres états convulsifs assimilables, à l'insuffisance cardiaque ou à l'œdème pulmonaire et enfin à l'hypertension. On s'est reporté aux codes CIM9/10 des diagnostics « les plus responsables » pour relever ces hospitalisations conformément au cadre méthodologique conçu par l'Institut canadien d'information sur la santé (voir l'annexe A).

Techniques d'analyse

On a procédé par analyse descriptive pour estimer la fréquence de divers facteurs de démographie, de situation socioéconomique, d'état de santé et d'utilisation des services de santé à l'aide du logiciel SAS (version 9.1). On a rapproché ces estimations de fréquence de l'échantillon nationalement représentatif de gens de 12 à 74 ans présentant un état de CPSA selon la définition de l'ESCC 2000-2001. Par régression logistique à deux variables (en pondération et en correction d'âge et de sexe), on a relevé les facteurs en association significative avec l'existence d'au moins une hospitalisation pour des CPSA dans les quatre ans ayant suivi l'enquête. Des analyses distinctes ont permis de comparer les hospitalisés pour des CPSA 1) à ceux ayant eu au moins un autre type d'hospitalisation et 2) aux non-hospitalisés. (On en trouvera les résultats aux tableaux B et C en annexe.) Par une analyse logistique à plusieurs variables pour les hommes et les femmes, on a pris en compte tout l'éventail des facteurs des patients et des soins primaires ayant à voir avec les hospitalisations pour des CPSA. Seuls les facteurs significatifs des analyses à deux variables ont été retenus. On a employé une technique progressive pour être sûr que la sélection de facteurs resterait parcimonieuse. Les analyses à plusieurs variables se sont faites par le système Sudaan commandé en SAS (version 9.1.3).

Dans toutes les analyses, la technique bootstrap a servi à tenir compte du plan complexe d'enquête et à estimer les variances et les intervalles de confiance. Statistique Canada a expressément appliqué des valeurs de pondération d'enquête au fichier en couplage pour une correction de la non-réponse à l'ESCC et pour une exclusion des dossiers des répondants n'ayant pas fourni de numéros vraisemblables d'assurance-maladie ou n'ayant pas accordé la permission de jumelage avec les données administratives. Le fichier d'analyse a reçu cette pondération. Les données pondérées étaient représentatives de la population des ménages canadiens hors Québec.

Variables indépendantes

On a considéré l'ensemble des caractéristiques des patients pour pouvoir juger du lien avec les hospitalisations pour des CPSA. Les variables tirées des données de l'ESCC appartenaient aux catégories suivantes : démographie (âge, sexe, région rurale/région urbaine, race), situation socioéconomique (revenu du ménage, scolarité, situation de famille/état matrimonial, situation d'immigration), état de santé (santé autodéclarée, degré d'incapacité, présence d'une comorbidité, stress quotidien autodéclaré, répercussions des problèmes de santé, douleurs), comportements de santé/facteurs de risque (tabagisme, indice de masse corporelle (IMC), indice d'activité physique, consommation de fruits et de légumes, sentiment d'appartenance à la collectivité) et accès aux services de santé (accès à un médecin permanent, utilisation de médecins de famille et de spécialistes, hospitalisations, besoins de santé non comblés). (On trouvera toute la liste des variables au tableau A en annexe.)

Résultats

Taux d'hospitalisation pour des CPSA dans la population « à risque »

On a diagnostiqué au moins un état de CPSA chez un nombre estimatif de 4,2 millions de Canadiens de 12 à 74 ans; parmi ceux-ci, 46 % ont dit avoir reçu un diagnostic d'hypertension, 43 % de cardiopathie, 36 % de diabète, 30 % d'asthme et 16 % de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Dans ce groupe « à risque », 161 000 personnes (3,8 %) ont subi au moins une hospitalisation pour des CPSA en quatre ans. Les intéressés ont le plus souvent été hospitalisés pour une MPOC (26 %), le diabète (20 %), l'angine (19 %) et l'insuffisance cardiaque ou l'œdème pulmonaire (16 %).

Les hospitalisés pour des CPSA représentaient seulement 0,4 % de la population de 12 à 74 ans, mais environ 6 % de tous les hospitalisés. Ils ont occupé près de 11 % de toutes les journées de séjour hospitalier (figure 1). Il importe donc de comprendre qui ils sont.

Caractéristiques des hospitalisés pour des CPSA

Ils sont plus âgés et plus malades

Plus de la moitié (52 %) des hospitalisés pour des CPSA étaient des hommes, comparativement à 47 % environ des hospitalisés pour d'autres motifs ou des non-hospitalisés pendant la période d'observation de quatre ans (tableau 1).

Plus de la moitié (53 %) des hospitalisés pour des CPSA étaient âgés de 61 ans et plus contre 45 % des hospitalisés pour d'autres motifs et 23 % des non-hospitalisés. Compte tenu de ces différences de caractéristiques démographiques entre les trois groupes, les analyses comparatives qui suivent sont ajustées en fonction de l'âge et du sexe.

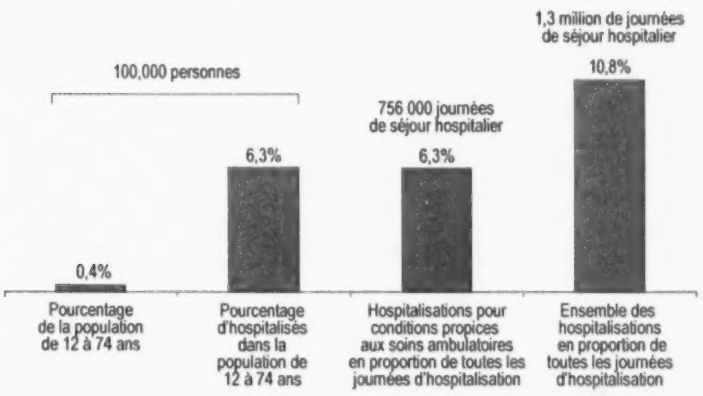
Les hospitalisés pour des CPSA étaient presque deux fois plus susceptibles d'être séparés ou divorcés (14 %) que les hospitalisés pour d'autres motifs (8 %) ou les non-hospitalisés (7 %).

Comme on pouvait s'y attendre, les hospitalisés pour des CPSA se déclaraient moins en santé selon plusieurs mesures, dont l'état de santé jugé passable ou médiocre (56 %) et le degré d'incapacité jugé grave (37 %). Les probabilités d'hospitalisation pour des CPSA étaient jusqu'à 10 fois plus élevées pour les personnes dont l'état de santé était passable ou médiocre que pour les personnes en excellente santé (tableaux B et C en annexe).

Les hospitalisés pour des CPSA étaient plus susceptibles de présenter deux états et plus de comorbidité si on les comparait aux deux autres groupes (50 % contre 39 % et 29 % respectivement). Le risque que les personnes présentant plusieurs comorbidités subissent une hospitalisation pour des CPSA était jusqu'à 4,5 fois supérieur à celui que connaissaient les personnes sans comorbidité (tableaux B et C en annexe).

Presque un hospitalisé pour des CPSA sur cinq se disait déprimé, alors que ce rapport était d'un sur dix chez les non-hospitalisés (18 % contre 10 %). Les premiers étaient moins susceptibles de déclarer ne pas avoir ordinairement de douleurs (54 %) que les groupes de comparaison (64 % et 77 % respectivement).

Figure 1
Membres de la population de 12 à 74 ans ayant eu une hospitalisation évitable, Canada sans le Québec, 2003-2004



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Ils ont une situation socioéconomique moins favorable

Plus du tiers des hospitalisés pour des CPSA (34 %) appartenaient au quintile de revenu du ménage le plus bas comparativement à 24 % des hospitalisés pour d'autres motifs et à 16 % des non-hospitalisés (tableau 2). Chez les personnes dont le revenu du ménage se situait dans le quintile intermédiaire bas et dans le quintile le plus bas, les risques d'hospitalisation pour des CPSA étaient de deux à quatre fois plus élevés que chez ceux du quintile de revenu le plus haut (tableaux B et C en annexe).

Environ un hospitalisé pour des CPSA sur cinq (18,2 %) vivait dans un ménage où le plus haut niveau de scolarité était « moins que les études secondaires ». Les valeurs correspondantes étaient de 16,8 % et 12,8 % pour les hospitalisés pour d'autres motifs et les non-hospitalisés. Les

probabilités que les ménages moins scolarisés subissent une hospitalisation pour des CPSA étaient de deux à quatre fois supérieures à celles des ménages dont au moins un membre était diplômé de niveau postsecondaire (tableaux B et C en annexe).

Habitudes de vie

Un hospitalisé pour des CPSA sur trois fumait tous les jours comparativement à 21 % des hospitalisés pour d'autres motifs et à 18 % des non-hospitalisés (tableau 3). Que leur consommation soit quotidienne, occasionnelle ou

Tableau 1
Certaines caractéristiques démographiques et sanitaires selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Au moins une hospitalisation évitable (n=840)				Au moins une hospitalisation non évitable (n=4 149)				Aucune hospitalisation (n=11 942)			
		Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Sexe												
Hommes		51,85	46,36	57,29		47,17	44,92	49,43		46,96	45,73	48,19
Femmes		48,15	42,71	53,64		52,83	50,57	55,08		53,04	51,81	54,27
Âge												
20 ans et moins		4,37[E]	2,75	6,89		4,25	3,27	5,50		11,41	10,65	12,23
21 à 40 ans		9,63[E]	6,83	13,42		15,20	13,41	17,18		25,76	24,50	27,07
41 à 60 ans		32,88	27,89	38,28		35,92	33,56	38,34		40,11	38,79	41,45
61 ans et plus		53,12	47,72	58,44		44,64	42,30	47,00		22,71	21,68	23,77
État de santé autodéclaré												
Excellent/très bon	18	14,1	10,3	19,0	251	30,0*	27,5	32,7	1 469	45,3*	44,0	46,7
Bon	47	30,3	25,5	35,6	309	34,3	31,7	37,0	1 075	34,3	33,0	35,7
Passable/médiocre	96	55,6	50,1	61,0	345	35,7*	33,3	38,1	619	20,4*	19,2	21,6
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de santé (IES)												
Aucune	11	9,7[E]	6,9	13,4	98	13,0	11,1	15,2	576	16,9*	16,0	18,0
Légère	48	30,3	25,8	35,2	345	36,7*	34,0	39,4	1 456	47,0*	45,5	48,6
Moyenne	31	20,6	15,8	26,4	159	18,3	16,2	20,6	561	17,7	16,5	18,9
Grave	67	37,4	31,9	43,3	289	30,6*	28,3	33,0	543	17,4*	16,3	18,6
Certaines comorbidités[†]												
Aucune	16	17,8	13,6	22,9	138	22,8	20,7	25,0	1 011	28,8*	27,8	29,7
Une	45	30,8	25,6	36,6	338	37,9*	35,4	40,5	1 311	42,0*	40,6	43,3
Deux et plus	98	50,2	45,5	54,9	424	38,6*	36,5	40,7	834	29,0*	27,9	30,2
Dépression												
Oui	22	18,4	13,7	24,2	109	13,9	12,1	15,9	327	9,8*	8,9	10,7
Non	135	79,1	73,3	83,8	775	83,9	81,8	85,8	2 789	88,7*	87,7	89,6
Stress quotidien autodéclaré												
Aucun	23	9,8	7,7	12,5	108	9,6	8,4	11,0	316	11,6	10,7	12,6
Stress négligeable	32	17,7	13,4	23,0	199	21,1	18,7	23,7	617	21,7	20,4	23,2
Stress léger	54	38,3	32,6	44,2	323	39,3	36,3	42,3	1 165	40,2	38,8	41,7
Stress important	34	24,5	19,2	30,8	188	22,7	20,2	25,3	648	21,1	19,8	22,5
Stress extrême	14	9,5[E]	6,1	14,3	60	7,4	5,9	9,0	164	5,3*	4,6	6,0
Répercussions des problèmes de santé												
Parfois	38	24,4	19,7	29,8	199	21,5	19,5	23,6	637	19,9	18,7	21,1
Souvent	75	43,4	37,7	49,3	271	28,9*	26,6	31,2	466	15,1*	14,1	16,2
Jamais	48	32,1	27,2	37,4	435	49,7*	47,0	52,3	2 060	65,0*	63,6	66,4
Ne souffre habituellement pas de douleurs												
Oui	83	54,0	48,2	59,7	575	64,4*	61,9	66,9	2 460	77,4*	76,1	78,7
Non	77	45,7	40,0	51,5	331	35,6*	33,1	38,1	702	22,5*	21,2	23,8

* estimation significativement différente de l'estimation relative aux personnes ayant eu au moins une hospitalisation évitable (p<0,05)

† arthrite, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cardiopathies, cancer, hypertension et diabète

E à utiliser avec prudence

Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension (n=16 931); sauf avis contraire, estimations en correction de l'âge et du sexe par rapport à la population CPSA de 12 à 74 ans.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

appartienne au passé, les fumeurs étaient plus susceptibles de subir une hospitalisation pour des CPSA. Les risques étaient de deux à trois fois plus élevés chez les fumeurs ayant renoncé au tabac et les fumeurs quotidiens que chez les non-fumeurs (tableaux B et C en annexe).

Le poids est aussi un facteur qui paraît avoir de l'importance. Les personnes de 12 à 74 ans ayant un poids insuffisant étaient jusqu'à trois fois plus susceptibles de subir une hospitalisation pour des CPSA que les personnes ayant un poids normal (5,2 % contre 1,5 %). Le surpoids semble avoir un effet protecteur. Environ 27 % des hospitalisés pour des CPSA avaient un excès de poids comparativement à plus de 30 % des membres des groupes de comparaison. Par ailleurs, 60 % des hospitalisés pour des CPSA ont déclaré ne pas s'adonner à l'activité physique contre environ 50 % des non-hospitalisés (tableau 3).

Accès aux soins primaires et aux soins spécialisés

Si les hospitalisations pour des CPSA constituent l'indice d'une insuffisance des soins primaires, on s'attendrait à ce que les personnes ayant eu une telle hospitalisation disent avoir moins accès aux services de soins primaires. C'est pourtant le contraire que suggèrent les données en couplage.

Les hospitalisés pour des CPSA étaient en réalité plus susceptibles que les membres des groupes de comparaison de déclarer avoir accès à un médecin permanent (98 %

Tableau 2
Certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Au moins une hospitalisation évitable (n=840)				Au moins une hospitalisation non évitable (n=4 149)				Aucune hospitalisation (n=11 942)			
		Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Quintile de revenu des ménages												
Le plus bas	52	34,3	28,8	40,3	208	23,9*	21,6	26,3	513	16,2*	15,2	17,3
Intermédiaire bas	34	19,4	14,9	24,8	167	16,8	15,1	18,7	562	18,1	17,0	19,2
Intermédiaire	21	11,5	8,4	15,7	143	16,2*	14,1	18,4	583	18,6*	17,5	19,8
Intermédiaire haut	18	12,2	8,8	16,6	141	15,5	13,8	17,4	538	16,6*	15,6	17,7
Le plus haut	15	11,6[E]	8,2	16,0	124	15,1	13,2	17,1	605	18,8*	17,7	19,9
Scolarité												
Moins que les études secondaires	70	41,6	36,4	46,9	320	35,9	33,6	38,3	952	30,4*	29,1	31,7
Études secondaires complètes	22	14,8	10,9	19,7	167	18,1	16,3	20,1	612	19,3	18,2	20,5
Études postsecondaires incomplètes	13	8,9[E]	5,9	13,2	66	7,4	6,3	8,7	249	7,7	6,9	8,4
Études postsecondaires complètes	52	32,8	28,0	38,0	346	37,8	35,5	40,2	1 327	41,9*	40,5	43,3
Plus haut niveau de scolarité du ménage												
Moins que les études secondaires	38	18,2	15,4	21,4	177	16,8	15,2	18,5	373	12,8*	11,9	13,7
Études secondaires complètes	22	13,9	10,1	18,8	133	15,1	13,4	17,0	475	15,0	14,0	16,2
Études postsecondaires incomplètes	17	13,4[E]	9,5	18,7	72	8,5*	7,1	10,1	242	7,5*	6,8	8,3
Études postsecondaires complètes	77	49,5	43,5	55,5	505	57,6*	54,8	60,3	2 005	62,5*	61,0	64,0
Situation de famille (état matrimonial)												
Enfant avec son père et/ou sa mère	8	9,7[E]	6,9	13,6	48	10,3	8,9	11,9	406	11,0	10,4	11,7
Conjoint de droit ou de fait	99	55,6	49,8	61,2	611	63,4*	61,1	65,6	1 992	64,8*	63,5	66,0
Veuf	19	7,6	5,9	9,7	87	6,9	6,1	7,7	141	5,2*	4,6	5,8
Séparé/divorcé	23	14,0	10,6	18,4	81	8,6*	7,5	9,9	233	7,5*	6,8	8,2
Célibataire/jamais marié	13	13,1[E]	9,2	18,3	78	10,8	9,1	12,8	392	11,6	10,7	12,6
Situation d'immigration												
Non-immigrant	128	83,9	79,0	87,8	721	81,8	79,3	84,1	2 489	77,8*	76,2	79,3
Immigrant (10 ans et plus au Canada)	30	15,0	11,2	19,7	166	16,1	13,9	18,5	551	18,4	17,0	19,9
Immigrant (moins de 10 ans au Canada)	F	F	F	F	18	2,1[E]	1,3	3,5	124	3,8*	3,1	4,5

* estimation significativement différente de l'estimation relative aux personnes ayant eu au moins une hospitalisation évitable (p<0,05)
[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension (n=16 931); sauf avis contraire, estimations en correction de l'âge et du sexe par rapport à la population CPSA de 12 à 74 ans.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

Tableau 3
Certains comportements de santé et facteurs de risque selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Au moins une hospitalisation évitable (n=840)				Au moins une hospitalisation non évitable (n=4 149)				Aucune hospitalisation (n=11 942)			
		Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Tabagisme												
Jamais	28	21,6	17,3	26,6	244	27,9*	25,6	30,4	1 099	33,9*	32,6	35,3
Antérieurement	83	44,8	39,4	50,3	425	42,3	39,8	44,8	1 336	43,8	42,4	45,2
Occasionnellement	5	3,7[†]	2,2	6,2	36	5,4	3,9	7,5	116	3,4	3,0	4,0
Quotidiennement	45	29,9	25,0	35,3	199	24,2*	22,0	26,5	607	18,6*	17,6	19,7
Indice de masse corporelle, 12 à 74 ans												
Poids insuffisant	7	5,2[†]	2,8	9,4	14	1,5[†]*	1,1	2,2	49	1,5*	1,2	1,9
Poids normal	58	37,8	32,4	43,6	297	35,0	32,3	37,8	1 212	37,5	36,1	38,8
Poids excessif	46	27,3	22,3	32,9	321	33,2*	30,9	35,7	1 069	34,6*	33,4	36,0
Obésité	49	29,5	24,9	34,6	271	29,9	27,8	32,2	826	26,1	24,9	27,4
Indice de masse corporelle, 20 à 64 ans												
Poids insuffisant	F	F	F	F	F	F	F	F	36	1,5	1,1	2,0
Poids normal	32	33,5	27,6	40,1	166	30,5	26,7	34,6	810	36,2	34,0	38,4
Poids excessif	24	24,0	18,5	30,4	193	34,8	31,0	38,8	805	35,0	32,9	37,2
Obésité	34	38,0	32,1	44,4	191	31,5	28,4	34,9	691	27,2*	25,5	28,9
Activité physique												
Grande activité	26	21,4	16,8	26,8	152	18,2	16,1	20,5	703	21,8	20,7	23,0
Activité moyenne	21	12,2	9,1	16,0	186	21,1*	18,8	23,6	746	23,8*	22,5	25,1
Inactivité	101	59,9	54,5	65,1	517	55,1	52,4	57,8	1 358	49,5*	47,9	51,1
Consommation de fruits et de légumes												
Cinq portions et plus par jour	54	35,8	30,3	41,6	328	34,6	32,1	37,1	1 165	37,3	36,0	38,7
Moins de cinq portions par jour	105	62,9	57,0	68,4	566	64,1	61,5	66,5	1 966	61,6	60,2	63,0
Sentiment d'appartenance à la collectivité												
Très fort	32	18,1	14,4	22,5	182	18,7	17,0	20,5	548	17,9	16,8	19,0
Assez fort	58	37,7	31,8	43,9	349	38,6	35,9	41,4	1 276	40,3	38,8	41,9
Assez faible	30	19,8	15,8	24,5	200	23,0	20,8	25,4	794	24,8*	23,4	26,1
Très faible	28	17,5	13,6	22,1	120	13,6	11,6	15,9	377	11,8*	10,9	12,7

* estimation significativement différente de l'estimation relative aux personnes ayant eu au moins une hospitalisation évitable ($p<0,05$)
† à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension (n=16 931); sauf avis contraire, estimations en correction de l'âge et du sexe par rapport à la population CPSA de 12 à 74 ans.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

contre 96 % et 94 % respectivement; voir le tableau 4). Les probabilités étaient aussi plus grandes qu'ils utilisent fréquemment les services de santé : presque 70 % ont déclaré avoir eu recours quatre fois et plus à leur médecin en soins primaires comparativement à 50 % dans le cas des non-hospitalisés. De même, les hospitalisés pour des CPSA étaient plus susceptibles d'avoir consulté quatre spécialistes et plus (24 % contre 17 % et 9 % respectivement). Les chances étaient également plus grandes qu'ils aient été hospitalisés au moins une fois dans la dernière année (41 % contre 19 % et 9 % respectivement; voir le tableau 4).

Malgré une accessibilité et une utilisation supérieures des services, les hospitalisés pour des CPSA avaient plus de chances d'indiquer des besoins non comblés en soins (20 %) que les non-hospitalisés (15 %; tableau 4).

Quels sont les facteurs les plus importants? Résultats de l'analyse multivariée

Les résultats descriptifs de l'analyse des données en couplage confirment que des caractéristiques des patients comme l'état de santé, la situation socioéconomique, les facteurs de risque et l'accès aux services de santé ont un lien avec les

Tableau 4
Utilisation des services de santé selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Au moins une hospitalisation évitable (n=840)				Au moins une hospitalisation non évitable (n=4 149)				Aucune hospitalisation (n=11 942)			
		Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe				Estimation pondérée en correction de l'âge et du sexe		
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %	
	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à	Nombre (milliers)	%	de	à
Accès à un médecin permanent												
Oui	157	98,3	97,0	99,0	873	95,6*	94,4	96,5	2 957	93,9*	93,3	94,5
Non	4	1,7[f]	1,0	3,0	32	4,4*	3,5	5,6	207	6,1*	5,5	6,7
Consultations d'un médecin de famille dans les 12 derniers mois												
Aucune	7	4,3[f]	2,5	7,4	54	6,5	5,4	7,8	286	8,7*	7,9	9,6
Une à trois	39	26,0	20,7	32,0	266	30,5	27,9	33,2	1 332	41,3*	40,0	42,7
Quatre et plus	115	69,6	63,4	75,1	583	62,8	59,9	65,5	1 544	49,9*	48,5	51,2
Consultations de spécialistes dans les 12 derniers mois												
Aucune	64	39,8	34,4	45,5	463	52,3*	49,8	54,7	2 059	64,7*	63,3	66,0
Une à trois	60	35,7	30,0	41,9	287	30,8	28,5	33,1	836	26,8*	25,6	28,1
Quatre et plus	37	24,4	19,3	30,4	154	16,9*	15,1	18,8	267	8,5*	7,7	9,3
Hospitalisation de plus d'une journée dans les 12 derniers mois												
Oui	62	40,9	35,0	47,0	174	19,0*	17,1	21,0	276	8,9*	8,2	9,7
Non	99	58,8	52,7	64,7	730	80,8*	78,8	82,7	2 888	91,1*	90,3	91,8
Au moins un besoin en soins non comblé dans les 12 derniers mois												
Oui	29	20,1	15,9	25,1	152	17,9	16,1	19,8	479	14,6*	13,7	15,6
Non	132	79,9	74,9	84,1	753	82,1	80,1	83,8	2 686	85,4*	84,4	86,3

* estimation significativement différente de l'estimation relative aux personnes ayant eu au moins une hospitalisation évitable ($p<0,05$)
[f] à utiliser avec prudence
Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension (n=16 931); sauf avis contraire, estimations en correction de l'âge et du sexe par rapport à la population CPSA de 12 à 74 ans.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

hospitalisations pour CPSA. Mais quels sont les facteurs les plus importants? Les résultats varient-ils selon le sexe? Pour répondre à ces questions, nous avons examiné simultanément un ensemble de facteurs avec des modèles de régression multivariés hommes-femmes, afin de reconnaître les facteurs le plus étroitement liés aux hospitalisations pour des CPSA par rapport aux non-hospitalisations pendant la période d'observation de quatre ans. Nous avons d'abord regardé les facteurs dont l'association avec les hospitalisations pour des CPSA était significative dans l'analyse précédente. Nous avons procédé à une régression par étapes pour obtenir une sélection minutieuse d'ensembles de facteurs. Les résultats sont présentés au tableau 5.

L'âge, l'incapacité et la comorbidité ont de l'importance

L'âge est demeuré significativement associé aux hospitalisations pour des CPSA. Les hommes de 60 ans et plus avaient 3,5 fois plus de chances de subir une hospitalisation que les hommes de 21 à 40 ans. Chez les femmes, les résultats étaient analogues avec un rapport de cotes de 2,4 (tableau 5).

L'incapacité et la comorbidité demeuraient aussi des facteurs importants, mais les résultats variaient selon le sexe. Les hommes ayant une grave incapacité risquaient davantage d'être hospitalisés pour CPSA (RC=2,96). Chez les femmes, la comorbidité multiple est un facteur important : les femmes ayant deux maladies chroniques et plus s'exposaient davantage – dans une proportion de plus de quatre fois – à être hospitalisées pour CPSA (RC=4,41; tableau 5).

La faiblesse du revenu a de l'importance

Le lien entre la faiblesse du revenu et les hospitalisations pour des CPSA demeurait seulement pour les hommes après la prise en compte d'autres facteurs. Les probabilités d'hospitalisation pour des CPSA étaient trois fois plus importantes chez les hommes du quintile de revenu le plus bas que chez ceux du quintile le plus haut (RC=3,25). Les risques d'une telle hospitalisation étaient également significativement plus élevés chez les hommes du quintile intermédiaire bas (tableau 5).

Les hommes séparés ou divorcés.étaient deux fois plus susceptibles de subir une hospitalisation pour des CPSA que les hommes mariés (RC=2,05).

Tableau 5
Rapports de cotes corrigés reliant les caractéristiques des patients à l'existence ou non d'une hospitalisation pour des CPSA, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des affections chroniques propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Hommes avec CPSA			Femmes avec CPSA		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	à		de	à
Démographie						
Âge						
20 ans et moins[1]	1,63	0,33	8,00	1,47	0,50	4,35
21 à 40 ans	1,00	...	...	1,00	...	...
41 à 60 ans	1,36	0,60	3,04	1,22	0,69	2,17
61 ans et plus	3,49*	1,50	8,12	2,43*	1,30	4,55
Situation socioéconomique						
Quintile de revenu						
Le plus bas	3,25*	1,67	6,35	1,29	0,68	2,46
Intermédiaire bas	2,9*	1,47	5,72	0,68	0,33	1,40
Intermédiaire	2,03*	1,03	4,02	0,45*	0,21	0,93
Intermédiaire haut	2,15*	1,01	4,56	0,61	0,27	1,41
Le plus haut[1]	1,00	...	...	1,00	...	...
Situation de famille/état matrimonial						
Enfant avec son père et/ou sa mère	0,64	0,20	2,07	...	...	...
Conjoint de droit ou de fait[1]	1,00	...	...	...	...	...
Veuf	0,79	0,34	1,80	...	...	...
Séparé/divorcé	2,05*	1,09	3,88	...	...	...
Célibataire/jamais marié	1,10	0,57	2,12	...	...	...
État de santé						
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de santé (IES)						
Aucune[1]	1,00	...	...	...	...	...
Légère	1,57	0,73	3,41	...	...	...
Moyenne	1,84	0,80	4,21	...	...	...
Grave	2,96*	1,30	6,76	...	...	...
Certaines comorbidités[2]						
Aucune[1]	...	...	...	1,00	...	...
Une	...	...	...	1,72	0,91	3,23
Deux et plus	...	...	...	4,41*	2,26	8,62
Comportements de santé/facteurs de risque						
Tabagisme						
Jamais[1]	1,00	...	...	1,00	...	...
Antérieurement	2,22*	1,21	4,08	1,10	0,73	1,66
Occasionnellement	1,47	0,40	5,36	1,14	0,48	2,73
Quotidiennement	1,91	0,93	3,93	1,80*	1,18	2,74
Indice de masse corporelle (IMC)						
Poids insuffisant	1,36	0,22	8,35	5,87*	2,58	13,34
Poids normal[1]	1,00	...	...	1,00	...	...
Poids excessif	0,59*	0,37	0,93	1,15	0,76	1,74
Obésité	0,72	0,45	1,14	1,18	0,76	1,85
Indice d'activité physique						
Grande activité[1]	...	...	...	1,00	...	...
Activité moyenne	...	...	...	0,84	0,46	1,54
Inactivité	...	...	...	1,64*	1,02	2,64
Expérience des soins						
Consultations d'autres médecins spécialistes (dans les 12 derniers mois)						
Aucune[1]	1,00	...	...	...	...	...
Une à trois	1,83*	1,24	2,70	...	...	...
Quatre et plus	2,75*	1,55	4,88	...	...	...
Hospitalisation de plus d'un jour au moins une fois dans les 12 derniers mois						
Non[1]	1,00	...	...	1,00	...	...
Oui	3,13*	1,99	4,94	4,30*	2,93	6,32

[1] catégorie de référence

[2] Arthrite, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cardiopathies, cancer, hypertension et diabète

Nota : Il s'agit des répondants de 12 à 74 ans de l'ESCC présentant au moins une condition propice aux soins ambulatoires (asthme, emphysème/MPOC, diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension).

Source : Données en couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de 2004-2005 à 2005-2006 (sans le Québec).

Le lien avec le tabac et le poids varie selon le sexe

Le tabagisme gardait son importance comme facteur, même après la prise en compte des autres facteurs. Chez les hommes, les fumeurs de toute catégorie (anciens fumeurs, personnes fumant tous les jours ou occasionnellement) avaient plus de chances de subir une hospitalisation pour des CPSA. Par contre, seul le résultat pour les anciens fumeurs était statistiquement significatif (RC=2,2). Dans le cas des femmes, les probabilités étaient significativement élevées chez celles qui fumaient tous les jours (RC=1,8; tableau 5).

Les liens avec l'indice de masse corporelle (IMC) variaient aussi selon le sexe. Chez les hommes, le surpoids avait un effet protecteur (RC=0,59) contre les hospitalisations pour des CPSA. Chez les femmes, les risques étaient significativement élevés (RC=5,87) pour celles qui présentaient un poids insuffisant comparativement aux femmes d'un poids normal. Le surpoids et l'obésité étaient également liés à de plus grands risques d'hospitalisation, mais les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs (tableau 5).

Chez les femmes, le manque d'activité physique était lié des risques supérieurs d'hospitalisation pour des CPSA (RC=1,6), mais chez les hommes, le degré d'activité physique ne semblait pas avoir d'importance.

L'accès aux soins primaires n'est pas significatif

Les hommes qui utilisaient plus les services de spécialistes et les services hospitaliers présentaient des risques significativement élevés d'hospitalisation pour des CPSA. Les hommes et les femmes hospitalisés au moins une fois dans la dernière année étaient plus susceptibles (RC=3,13 et RC=4,3 respectivement) de subir une telle hospitalisation.

L'accès aux services de soins primaires (recours à un médecin permanent et consultations de médecins de famille) n'était significative associé aux hospitalisations pour des CPSA après la prise en compte d'autres facteurs.

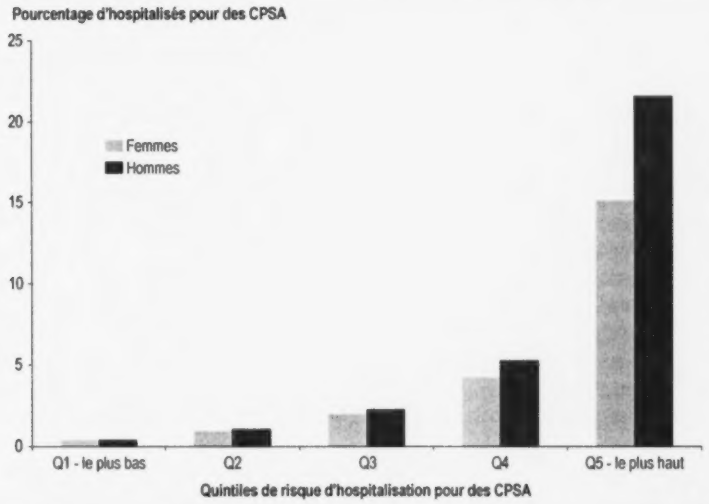
Profils de « risque » : qui risque le plus de subir une hospitalisation pour des CPSA?

On peut dresser des profils pour les personnes présentant des risques divers d'hospitalisation pour des CPSA avec les résultats des analyses de régression multivariées. À l'aide des modèles de régression hommes-femmes, on a calculé les probabilités prévues d'hospitalisation pour des CPSA pour tous les membres de l'échantillon étudié. On a regroupé les intéressés en quintiles de risque en fonction de ces probabilités (du quintile 1 de « faible » risque au quintile 5 de « haut » risque). On décrit les membres de chaque groupe sous l'angle des caractéristiques les plus fréquentes significativement associées aux hospitalisations pour des CPSA dans l'analyse de régression précédente (tableaux 6 et 7; tableaux D à G en annexe).

En moyenne, les probabilités prévues d'hospitalisation pour des CPSA variaient de 0,4 % (quintile 1) à 15,1 % (quintile 5) chez les femmes et à 21,6 % (quintile 5) chez les hommes.

Comme on pouvait s'y attendre, les probabilités prévues sont en relation linéaire avec la proportion d'hospitalisés pour des CPSA dans chaque quintile de risque, preuve de la robustesse des modèles. On relevait la majorité de ces hospitalisations dans le groupe le plus à risque, soit un nombre estimatif de 39 000 hospitalisations chez les femmes et de 46 000 chez les hommes (figure 2).

Figure 2
Probabilités prévues d'hospitalisation pour des CPSA (quintiles) selon le sexe, population de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec



Source : Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

Résultats chez les femmes

Chez les femmes du groupe le plus à risque (quintile 5), les probabilités d'hospitalisation pour des CPSA variaient de 6 % à 50 % (tableau 6). On a réparti cette catégorie en trois groupes pour autant de profils de risque. Dans le groupe dont les probabilités allaient de 6 % à 9 %, les femmes avaient en moyenne 55 ans et appartenaient au quintile de revenu le plus bas ou intermédiaire bas. Les intéressées présentaient au moins deux états de comorbidité et étaient généralement physiquement inactives.

Les femmes les plus à risque (plus de 50 % de probabilités d'hospitalisation pour des CPSA) avaient 64 ans en moyenne et appartenaient principalement au quintile de revenu le plus bas.

La plupart présentaient au moins deux états de comorbidité; elles fumaient quotidiennement ou avaient déjà fumé; elles avaient tendance à être d'un poids insuffisant et déclaraient généralement être physiquement inactives. Elles utilisaient davantage les services spécialisés et la plupart avaient subi au moins une hospitalisation au cours des 12 derniers mois.

Résultats chez les hommes

Chez les hommes les plus à risque (quintile 5), les probabilités d'hospitalisation pour des CPSA variaient de moins de 10 % à 75 %. On a réparti cette catégorie en trois groupes (tableau 7). Les hommes dont les probabilités étaient de 9 % à 25 % étaient âgés en moyenne de 60 ans, appartenaient au quintile de revenu le plus bas ou intermédiaire bas et avaient plus de chances d'être mariés ou de l'avoir été. Les intéressés déclaraient une incapacité variant de légère à grave. En général, ils fumaient quotidiennement ou avaient déjà fumé.

Les hommes les plus à risque (50 % et plus de probabilités d'hospitalisation pour des CPSA) étaient âgés de 67 ans en moyenne, appartenaient principalement au quintile de revenu le plus bas et étaient mariés ou l'avaient été (veuvage ou divorce). La plupart déclaraient une incapacité grave et disaient avoir déjà fumé. À la différence des hommes des autres groupes de risque, ils avaient généralement utilisé les services de spécialistes quatre fois et plus dans la dernière année et, le plus souvent, avaient subi au moins une hospitalisation.

Tableau 6
Profils des patients selon les hospitalisations pour des CPSA et les quintiles de risque chez les femmes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
Probabilités (moyennes)	**0,04 %**	**1,00 %**	**2,00 %**	**4,00 %**	**6 % à 9 %**	**10 % à 49 %**	**50 % et plus**
Âge moyen (années)	35	43	49	54	55	59	64
Quintile de revenu	Intermédiaire bas à intermédiaire haut	Le plus haut à intermédiaire bas	Ensemble des niveaux de revenu	Ensemble des niveaux de revenu	Le plus bas à intermédiaire bas	Le plus bas à intermédiaire bas	Le plus bas
Comorbidité	Aucune	Aucune ou une	Une ou deux et plus	Une ou deux et plus	Deux et plus	Deux et plus	Deux et plus
Tabagisme	Jamais ou antérieurement	Jamais, antérieurement ou quotidiennement	Jamais, antérieurement ou quotidiennement	Jamais, antérieurement ou quotidiennement	Jamais, antérieurement ou quotidiennement	Antérieurement ou quotidiennement	Antérieurement ou quotidiennement
Indice de masse corporelle	Normal à excessif	Poids normal à obésité	Poids normal à obésité	Poids normal à obésité	Poids normal à obésité	Poids insuffisant à obésité	Poids insuffisant
Activité physique	Tous les degrés	Degré moyen ou inactivité	Inactivité	Inactivité	Inactivité	Inactivité	Inactivité
Consultations de spécialistes	Aucune	Aucune ou une à trois	Aucune ou une à trois	Aucune ou une à trois	Aucune à quatre et plus	Aucune à quatre et plus	Aucune à quatre et plus
Hospitalisation l'année précédente	Non	Non	Non	Non	Non	Oui ou non	Oui

Tableau 7
Profils des patients selon les hospitalisations pour des CPSA et les quintiles de revenu chez les hommes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5		
Probabilités (moyennes)	**0,42 %**	**1,08 %**	**2,28 %**	**5,27 %**	**9 % à 25 %**	**26 % à 50 %**	**50 % et plus**
Âge moyen (années)	36	40	46	53	60	63	67
Quintile de revenu	Le plus haut à intermédiaire haut	Le plus haut à intermédiaire	Le plus haut à intermédiaire bas	Le plus bas à intermédiaire haut	Le plus bas à intermédiaire bas	Le plus bas à intermédiaire bas	Le plus bas à intermédiaire bas
Situation de famille	Marié[1] ou enfant avec ses parents	Marié[1] ou enfant avec ses parents	Marié[1] ou célibataire	Marié[1] ou célibataire	Marié[1] ou déjà marié[2]	Marié[1] ou déjà marié[2]	Marié[1] ou déjà marié[2]
Degré d'invalidité	Aucune à légère	Aucune à légère	Légère à moyenne	Légère à grave	Légère à grave	Moyenne à grave	Grave
Tabagisme	Jamais ou ancien fumeur	Jamais ou ancien fumeur	Ancien fumeur ou fume quotidiennement	Ancien fumeur ou fume quotidiennement	Ancien fumeur ou fume quotidiennement	Ancien fumeur ou fume quotidiennement	Ancien fumeur
Consultations de spécialistes	Aucune	Aucune	Aucune	Aucune ou une à trois	Aucune, une à trois ou quatre et plus	Une à trois ou quatre et plus	Quatre et plus
Hospitalisation l'année précédente	Non	Non	Non	Non	Non	Oui ou non	Oui

[1] Cette catégorie comprend les personnes en union libre
[2] Cette catégorie comprend les veufs, les divorcés et les séparés

Discussion

La présente étude est la première analyse de population qui, sur le plan national, ait porté sur les facteurs des patients et des soins primaires dans leurs liens avec les hospitalisations pour des CPSA ou « évitables » au Canada. Un trait distinctif est que, dans cette étude, on s'attarde aux personnes qui sont le plus à risque, c'estàdire à ceux qui présentent au moins une affection chronique se prêtant aux soins ambulatoires. Le couplage de données d'enquête et de données hospitalières permet de mieux voir dans quelle mesure les caractéristiques des patients et les indicateurs d'accès aux soins primaires peuvent nous dire pourquoi un certain nombre de malades chroniques subissent des hospitalisations pour des CPSA et d'autres non. Les profils de risque aident à mettre l'accent sur les personnes qui sont le plus à risque dans la population.

Dans l'ensemble, les facteurs liés aux patients jouaient un rôle déterminant dans les hospitalisations pour des CPSA, alors que les facteurs d'accès aux soins primaires paraissaient de moindre importance, du moins si on les considère sous l'angle quantitatif de la prestation de services. Les constatations sont partagées chez les auteurs spécialisés en ce qui concerne les liens entre les services de soins primaires et les hospitalisations pour des CPSA. Les résultats de cette étude démontrent dans une certaine mesure la thèse selon laquelle un meilleur accès aux soins primaires ne diminuerait pas nécessairement les risques d'hospitalisation pour des CPSA. En fait, les hospitalisés pour des CPSA avaient plus de chances de disposer d'un médecin permanent et de faire ample usage des services de soins primaires. Cependant, après la prise en compte des autres facteurs, l'accès aux soins primaires ne semblait pas importer.

Même si nos résultats ne semblent pas conforter la thèse d'un accroissement nécessaire des services en soins primaires pour réduire les risques d'hospitalisation pour des CPSA, ils ne peuvent nous éclairer sur la question de l'utilisation appropriée des services ni sur le rôle éventuel de la qualité des soins. Comme nous ne sommes pas renseignés sur la gravité des maladies, les résultats de l'étude ne peuvent déterminer si les patients reçoivent en réalité un niveau de service qui répond à leurs besoins. De plus, les limites des données ont restreint la possibilité d'établir si, dans leur nature et leur qualité, les soins primaires auxquels avaient accès les malades chroniques importaient sur le plan des hospitalisations pour des CPSA. Il se peut que, si la quantité de services n'était pas de nature à diminuer les risques d'hospitalisation pour des CPSA, la nature des services (accès à des programmes de prévention et à des soins pour maladies multiples) ait de l'importance.

Les résultats au sujet des caractéristiques des patients pourraient nous indiquer dans une certaine mesure où et comment les soins primaires pourraient réduire ce qui pourrait être des hospitalisations tout à fait évitables. Les profils de risque montrent clairement qu'un ensemble de facteurs liés aux patients ont une influence sur les hospitalisations pour des CPSA et que les personnes les plus à risque ont de multiples problèmes liés à ces probabilités. Il y a trois façons possibles de se servir de ces renseignements afin de prévenir des hospitalisations pour des CPSA : on pourrait 1) repérer les personnes à haut risque, 2) cerner la nature des soins primaires nécessaires pour répondre aux besoins de cette population de patients et 3) reconnaître les situations ou les solutions qui peuvent être hors de la portée des soins primaires.

Recensement des patients à haut risque

Les profils de risque semblent indiquer que les personnes les plus à risque ont souvent de caractéristiques importantes en commun, notamment une mauvaise santé et, comme résultat, une plus grande utilisation des services de spécialistes et des services hospitaliers. Tant pour les hommes que pour les femmes, une hospitalisation dans la dernière année était liée à des probabilités significativement supérieures d'hospitalisation pour des CPSA et ce, même après la prise en compte de facteurs possibles de confusion.

Limites

- Le recours à des enquêtes de population dans le domaine de la santé permet d'évaluer les hospitalisations pour des CPSA chez les personnes « à risque » (c'est-à-dire présentant un état de CPSA), mais les résultats ne sont généralisables que pour la population des ménages de 12 ans et plus. Les résultats ne rendent donc pas nécessairement compte des expériences des très jeunes ni de la population en établissement.
- La sélection de l'échantillon s'est faite par les données d'autodéclaration dans le cadre de l'ESCC au sujet des cas de CPSA diagnostiqués par des soignants et dont la durée constatée ou à prévoir était de plus de six mois. Les renseignements en question n'ont pas fait l'objet d'une validation clinique.
- On ne disposait pas de renseignements sur la gravité des maladies. Des mesures générales de l'état de santé comme la santé autodéclarée, le degré d'incapacité et la comorbidité nous ont servi d'indicateurs de rechange.
- Les renseignements que livre l'ESCC sur l'expérience que font les répondants des soins primaires sont limités. Ainsi, c'est par l'accès à un médecin permanent et le nombre de consultations d'omnipraticiens qu'on juge de l'accès aux soins primaires. Dans notre étude, nous ne pouvons ni traiter du rôle que joue la nature ou la qualité des soins primaires dans les hospitalisations pour des CPSA, ni juger du caractère approprié de l'usage fait des services en soins primaires.

Les tendances de l'utilisation des services peuvent être une source d'indications révélatrices au sujet des personnes qui sont plus à risque d'hospitalisation pour des CPSA. À l'heure actuelle, les soignants se rapportent aux données sur l'utilisation des services de santé au Royaume-Uni et aux États-Unis pour reconnaître les patients à haut risque d'hospitalisation à court terme. On destine à ces personnes des soins ambulatoires ou primaires intenses de manière à répondre à leurs besoins essentiels et à prévenir les conséquences fâcheuses. Récemment, on a employé au Canada l'indicateur de l'utilisation des services en salle d'urgence comme important moyen de prévision des morts précoces et des réhospitalisations non prévues chez les personnes hospitalisées[23]. Les données sur l'utilisation des services peuvent, en combinaison avec les autres facteurs connus de risque (comorbidité et tabagisme), aider les fournisseurs de soins primaires à reconnaître les personnes les plus à risque d'hospitalisation pour des CPSA, lesquels pourraient, par des soins ambulatoires plus intenses, éviter de futures hospitalisations pour maladie chronique.

Rôle des soins primaires

Les fournisseurs de soins peuvent se servir des données sur les caractéristiques individuelles rendant plus probables les hospitalisations pour des CPSA afin de mieux comprendre comment les services de soins primaires sont susceptibles de répondre aux besoins des intéressés. Les résultats démontrent clairement que l'incapacité (chez les hommes) et la comorbidité (chez les femmes) ont pour effet d'accroître les risques d'hospitalisation pour des CPSA. Ils nous procurent aussi une nouvelle preuve du rôle que jouent des habitudes de vie comme le tabagisme et l'activité physique (chez les femmes). Les profils de risque suggèrent que les personnes les plus à risque présentent généralement plusieurs de ces facteurs.

De plus en plus de gens souffrent de plusieurs maladies chroniques. Au Canada, environ 30 % des malades chroniques présentent au moins deux états de comorbidité (le pourcentage devient de plus de 50 % dans le cas des diabétiques). On a fait le lien entre un grand nombre de ces maladies chroniques et quelques facteurs de risque comme le tabagisme[24]. Des efforts considérables ont été faits pour améliorer la prestation de soins primaires aux victimes des affections chroniques. Des cliniques multidisciplinaires comme celles qui ont vu le jour en Colombie-Britannique et à TerreNeuveetLabrador sont conçues pour assurer un éventail de services (prise en charge des affections, services de prévention de la maladie, etc.) afin d'améliorer la santé de malades chroniques comme les diabétiques[25]. Les résultats de cette étude confirment l'utilité de tels efforts pour répondre aux besoins des personnes souffrant de maladies chroniques multiples et présentant des facteurs de risque qui rendent plus probables les complications et les hospitalisations[26].

Au-delà des soins primaires...

Un certain nombre de facteurs de risque dégagés par cette étude se prêtent à des interventions en soins primaires, mais d'autres ne s'y prêtent pas (faiblesse du revenu, par exemple). Cette analyse ajoute des preuves sur le plan individuel au sujet du rapport entre la situation socioéconomique et les hospitalisations pour des CPSA, association qui jusqu'ici a surtout été dégagée par des études écologiques[15,27]. Il faudra bien plus de données sur le rôle particulier que joue le revenu dans les probabilités individuelles d'hospitalisation pour des CPSA afin de juger si la solution à apporter doit venir du système de soins primaires. Dans un système de santé au financement public où la prestation des services se fait en fonction des besoins, et non de la capacité de payer, on ne sait au juste pourquoi la population à moindre revenu présente davantage de risques d'hospitalisation pour des CPSA.

Une explication possible est que, en réalité, le revenu est révélateur de la présence d'autres facteurs importants comme celui de la gravité des maladies. Des données considérables font le lien entre la faiblesse du revenu et la mauvaise santé : les membres des ménages à faible revenu risquent plus que ceux des ménages plus fortunés de présenter des maladies chroniques multiples, un état de santé plus mauvais et un plus grand besoin de services de santé. Avec les données dont cette étude disposait, il était impossible de tenir expressément compte de la gravité des maladies. Toutefois, le lien avec le revenu des ménages demeurait quand on prenait en compte des mesures de substitution comme le degré d'incapacité et l'utilisation des services de santé.

Autre possibilité, cette association avec le revenu des ménages pourrait révéler la présence d'un facteur nuisant plus systématiquement à l'accès individuel aux services nécessaires, d'où un plus grand risque de conséquences fâcheuses. De plus en plus de données montrent des différences d'accès et de recours aux services de santé selon le revenu, y compris chez les personnes présentant des affections chroniques propices aux soins ambulatoires[28-30]. Les services de santé dont ont besoin ces personnes vont souvent audelà des services du système public. Les intéressés ont fréquemment besoin de produits pharmaceutiques et d'appareils de surveillance (pour la surveillance du glucose, par exemple) qu'ils peuvent avoir à payer de leur propre bourse. Les assurances publiques sont là pour aider les groupes à faible revenu à porter ce fardeau économique, mais il se peut que des personnes « passent à travers les mailles du filet ». En réalité, même après la prise en compte de ces assurances, les groupes à faible revenu sont généralement moins susceptibles d'utiliser les services qu'ils doivent eux-mêmes payer[31]. Il se peut que les personnes à faible revenu qui présentent des CPSA n'aient qu'un accès restreint à tout l'éventail des services de santé que requièrent la surveillance et la prise en charge de leur état, ce qui les exposerait davantage à des conséquences fâcheuses comme les hospitalisations.

De même, la réponse à apporter aux besoins des femmes au poids insuffisant, qui sont nettement plus susceptibles de subir une hospitalisation pour des CPSA que celles qui sont d'un poids normal, peut aller au-delà du système de soins primaires. Diverses raisons pourraient expliquer ces probabilités élevées d'hospitalisation pour des CPSA. L'insuffisance du poids est fréquemment liée à la mauvaise santé et pourrait être un indice de gravité de la maladie. Les résultats des profils de risque indiquent que les femmes au poids insuffisant qui étaient le plus à risque d'hospitalisation pour des CPSA étaient également plus susceptibles de présenter des états multiples de comorbidité et donc une santé plus mauvaise dans l'ensemble.

L'insuffisance du poids est par ailleurs un résultat des risques nutritionnels, plus particulièrement chez les femmes âgées vivant dans la collectivité et appartenant aux groupes à faible revenu. La bonne alimentation et le maintien d'un poids santé sont généralement liés à une meilleure santé et à une vie prolongée parmi les personnes âgées[32,33]. Les problèmes de nutrition sont fréquents chez les personnes âgées vivant dans la collectivité, plus particulièrement si elles font partie de groupes à faible revenu (pour qui les taux estimatifs peuvent atteindre 40 % à 50 %)[34,35]. On a constaté que la mauvaise santé attribuable à une affection chronique, les budget restreints et le fait de vivre ou de manger seul sont autant de facteurs qui contribuent aux risques nutritionnels chez les personnes âgées vivant dans la collectivité[36,37] et que les conséquences peuvent être graves, allant d'une réduction de la qualité de vie jusqu'à la mort précoce[38,39].

Il est possible que le lien établi entre l'insuffisance du poids, la faiblesse du revenu et les hospitalisations pour des CPSA chez les femmes de notre étude ait en partie à voir avec la mauvaise nutrition. Les données disponibles ne permettent pas de porter un jugement de causalité, mais la mauvaise alimentation pourrait entraîner une dégradation générale de la santé dans une population déjà vulnérable. Combinés, les facteurs de la mauvaise santé et de la mauvaise nutrition pourraient exposer davantage les malades chroniques aux complications et, par conséquent, aux hospitalisations, au sein de la population féminine. Si tel est vraiment le cas, la question est si les soins primaires ont un rôle à jouer dans l'amélioration de la nutrition de ces femmes et ainsi leur éviter ces hospitalisations. Dans une étude canadienne, on a constaté que les encouragements des professionnels de la santé aident dans une large mesure à améliorer les habitudes alimentaires des femmes exposées aux risques nutritionnels[40]. Les fournisseurs de soins peuvent aussi jouer un rôle en faisant du dépistage dans la population âgée et en repérant les personnes qui en sont peutêtre aux premiers stades du risque nutritionnel. Les modèles de soins primaires peuvent également apporter un certain nombre de programmes de prévention secondaire, comme la consultation en nutrition[41].

Au Canada, les services communautaires jouent depuis longtemps un rôle essentiel dans la réponse apportée aux besoins nutritionnels des personnes âgées vivant dans la collectivité qui doivent faire face aux risques de mauvaise nutrition. Divers groupes, dont les administrations municipales et les organismes de bienfaisance, fournissent des programmes comme des services de livraison de repas, d'éducation en nutrition et de leçons de cuisine. Dans le rapport Le vieillissement en santé au Canada produit pour les ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux, on a récemment fait de la saine alimentation un des cinq centres d'intérêt[42]. Malgré cette attention, on constate un manque de politiques communautaires visant à répondre aux besoins nutritionnels des personnes âgées. Bien que certaines politiques reconnaissent les besoins de cette population, peu de plans sont en place pour la promotion d'un tel programme d'action à l'échelle nationale. Les auteurs en appellent aux diététistes du système de santé publique, du secteur communautaire et des paliers de gouvernement pour qu'ils défendent les intérêts de cette population de patients et fassent bien connaître le besoin de services nutritionnels sur le plan communautaire[43].

Conclusions

Les hospitalisations pour des CPSA indiquent d'éventuels problèmes dans la prestation de soins primaires et présentent donc de l'intérêt pour les responsables des politiques et les décideurs. On suppose qu'une prestation efficace de soins primaires en temps utile est de nature à prévenir l'apparition de complications, à favoriser la maîtrise des épisodes aigus et, par conséquent, à empêcher les hospitalisations. Jusqu'ici, le gros de la recherche a porté avant tout sur le rôle des services de soins primaires, mais de nouvelles données semblent indiquer que les facteurs liés aux patients (situation socioéconomique, par exemple) ont également de l'importance. Les résultats de la présente étude livrent des données nouvelles sur le rôle que jouent des facteurs comme la comorbidité, la faiblesse du revenu et les habitudes de vie dans les risques individuels d'hospitalisation pour des CPSA. Le système de soins primaires pourrait s'occuper d'un certain nombre de ces facteurs, mais d'autres solutions demeurent peutêtre hors de la portée de ce système.

Références

1. A. Brown, M. Goldacre, N. Hicks *et al.*, « Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions: A method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics », *Canadian Journal of Public Health*, 92, 2001, p. 155-159.
2. J. Caminal, B. Starfield, E. Sanchez *et al.*, « The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions », *European Journal of Public Health*, 14, 2004, p. 246-251.
3. J. Billings, N. Teicholz, « Uninsured patients in the District of Columbia hospitals », *Health Affairs*, 9, 1990, p. 158-165 (NTG).
4. W.R. Billings, J. Thorpe, « Ambulatory Care Sensitive Emergency Department Visits: A national perspective », Résumé, Academy Health Meeting, 20, 2003, abstract n° 8.
5. P. Magan, A. Otero, A. Alberquilla *et al.*, « Geographic variations in avoidable hospitalization in the elderly, a health system with universal coverage », *BMC Health Services Research*, 8, 2008, p. 48-52.
6. H.I. Krauker, H. Joaboy, M. Millman *et al.*, « Physician impact on hospital admission and on mortality rates in the Medicare population », *Health Services Research*, 31, 1996, p. 191-211.
7. T.C. Ricketts, H.A. Randolph, D. Howard *et al.*, « Hospitalization rates as an indicator of access to primary care », *Health and Place*, 7, 2001, p. 27-38.
8. L. Parchman, S. Culler, « Primary care physicians and avoidable hospitalizations », *Journal of Family Practice*, 39, 1994, p. 123-129.
9. J.N. Laditka, S.B. Laditka, J.C. Probst, « More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions », *Health Services Research*, 40, 2005, p. 1148-1166.
10. A. Bindman, A. Chattopadhyay, W.H. Osmond *et al.*, « The Impact of Medicaid Managed Care on Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Health Services Research*, 40, 2005, p. 19-36.
11. J.C. Probst, J.N. Laditka et S.B. Laditka, « Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalizion rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states », *BMC Health Services Research*, 9, 2009, p. 134
12. P. Rizza, A. Bianco, M. Pavia *et al.*, « Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy », *BMC Health Services Research*, 7, 2007, p. 134-141.
13. M.R. Niefeld, J.B. Braunstein, A.W. Wu *et al.*, « Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with Type 2 diabetes », *Diabetes Care*, 26, 2003, p. 1344-1349.
14. J.L. Wolf, B. Starfield, G. Anderson, « Prevalence, Expenditures, and Complicaitons of Multiple Chronic Conditions in the Elderly », *Archives International of Medecine* , 162, 2002, p. 2269-2276.
15. M. Sanchez, S. Vellanky, J. Herring *et al.*, « Variations in Canadian Rates of Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions », *Healthcare Quarterly*, 11, 2008, p. 20-22.
16. G.L. Booth, J.E. Hux, « Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level », *Archives International of Medecine* , 163, 2003, p. 101-106.
17. G. Pappas, W.C. Hadden, L.J. Kozak *et al.*, « Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups », *American Journal of Public Health*, 87, 1997, p. 811-816.
18. Y. Béland, V. Dale, J. Dufour, M. Hamel, « The Canadian Community Health Survey: Building on the Success from the Past », *Proceedings of the American Statistical Association Joint Statistical Meetings 2005, Section on Survey Research Methods*, Minneapolis, août 2005.
19. Statistique Canada, Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, *External Linkage of Person-oriented Information 1992/93 to 2000/01 Hospital Morbidity Files*, (non publié), Ottawa, Statistique Canada, 2003.
20. Institut canadien d'information sur la santé, *Data Quality Documentation: Hospital Morbidity Database (HMDB) 2001-2002*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
21. C. Nadeau, *Linking HPOI 1992-2005 to CCHS*, Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, Statistique Canada, mai 2007. (document interne)
22. M. Rotermann, « Évaluation de la couverture des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes couplées aux dossiers de malades hospitalisés », *Rapports sur la santé*, 20(1), 2009, p. 45-51 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. C. Van Walraven, I.A. Dhalle, C. Bell *et al.*, « Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2010, publication anticipée par www.cmaj.ca (site consulté en mars 2010).
24. Conseil canadien de la santé, « Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Health Conditions », *Conseil canadien de la santé*, Toronto, 2007, www.healthcouncilcanada.ca.
25. Conseil canadien de la santé. « Collaboratives improve health outcomes – From Why Health Care Renewal Matters », *Conseil canadien de la santé*, Toronto, 2007.
26. A.M. Broemeling, D.E. Watson, F. Prebtani, « Population patterns of Chronic Health Conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: Implications for Policy and Practice », *Healthcare Quarterly*, 11, 2008, p. 70-76.
27. J.L. Billings, J. Zeitel, T.S. Lukomnik *et al.*, « Datawatch : Impact of socioeconomic status on hospital use in New Your City », 12, 1993, p. 162-73.
28. A. Nabalamba, W.J. Millar, « Aller chez le médecin », *Rapports sur la santé* 18(1), 2007, p. 23-33 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
29. D.A. Alter, A.S.H. Basinski, C.D. Naylor, « A survey of provider experiences and perceptions of preferential access to cardiovascular care in Ontario, Canada », *Annals of Internal Medicine*, 129, 1998, p. 567-72.
30. L.L. Roos, R. Walld, Uhanova J. Bond R., « Physician visits, hospitalizations and socioeconomic status: Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Canadian Setting », *Health Services Research*, 40, 2005, p. 1167.
31. J.F. Gentleman, D.L. Blackwell, M.E. Martinez, C. Sanmartin, J.M. Berthelot, « A Comparative Analysis of Health Care Service Utilization in the U.S. and Canada: Findings from the Joint Canada/U.S. Survey of Health », Joint Statistical Meeting Conference Proceedings, (date requise).
32. M. Shields, L. Martel, « Des aînés en bonne santé », *Rapports sur la santé*, 16(suppl.), 2005, p. 7-20.
33. H.H. Keller, T. Ostbye, « Body Mass Index (BMI), BMI change and mortality in community-dwelling seniors without dementia », *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 9, 2005, p. 316-320.
34. J.E. Morely, « Decreased intake, dietary patterns and changes with age: an epidemiological perspective », *Journal of Gerontology*, 56A(numéro spécial), 2001; p. 65-80.
35. H. Payette, B. Shatenstein, « Determinants of Health Eating in Community-dwelling elderly people », *Canadian Journal of Public Health*, 96, 2005, p. S27-S31.

36. H.H. Keller, J.J.M. Dwyer, C. Senson, C. Edwards, G. Edward, « A social ecological perspective of influential factors for food access described by low-income seniors », Journal of Hunger and Environmental Nutrition, 1, 2005, p. 27-44.

37. H.H. Keller, « Reliance on others for food and related activities of daily living », Journal of Nurtition for the Elderly, 1, 2005, p. 43-59.

38. H.H. Keller, T. Ostbye , R. Goy, « Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians », *Journal of Gerontology*, 59A, 2004, p. 68-74.

39. H.H. Keller, T. Ostbye, « Nutritional risk and time to death : Predicitive validity of SCREEN », *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 7, (date), p. 274-279.

40. C. Tannenbaum, B. Shatenstein, « Exercise and nutrition in older Canadian women. Opportunties for community intervention », Canadian Journal of Public Health, 98, 2007, p. 187-193.

41. H.H. Keller, « Promoting food intake in older adults living in the community : a review », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme*, 32, 2007, p. 991-1000.

42. Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés), « Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital », Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés), 2006, (en ligne, accessible à insérer site Web).

43. C. More, H. Keller , « Community Nutrition Policy for Older Adults in Canada », *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 69, 2008, p. 198-200.

Annexe A : Notes techniques pour la définition des hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires *(Source : Institut canadien d'information sur la santé, janvier 2008)*

Numérateur :

Critères d'inclusion :

Tout code de diagnostic principal associé à :

- Épilepsie et autre état de mal épileptique
  CIM-9/9-CM : 345
  CIM-10-CA : G40, G41
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
  Tout code de diagnostic principal (DxP) de :
  CIM-9/9-CM : 491, 492, 494, 496
  CIM-10-CA : J41, J42, J43, J44, J47
  DxP d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures, seulement lorsqu'un diagnostic secondaire de J44 (diagnostic secondaire réfère à diagnostic autre que principal) dans la CIM-10-CA ou de 496 dans la CIM-9-CM est également présent :
  CIM-9/9-CM : 480 – 486, 466, 487.0
  CIM-10-CA : J10.0, J11.0, J12-J16, J18, J20, J21, J22
- Asthme
  CIM-9/9-CM : 493
  CIM-10-CA : J45
- Diabète
  CIM-9 : 250.0, 250.1, 250.2, 250.7
  CIM-9-CM : 250.0, 250.1, 250.2, 250.8
  CIM-10-CA : E10.0^^, E10.1^^, E10.63, E10.9^^
  E11.0^^, E11.1^^, E11.63, E11.9^^
  E13.0^^, E13.1^^, E13.63, E13.9^^
  E14.0^^, E14.1^^, E14.63, E14.9^^
- Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire (à l'exclusion des cas d'interventions cardiaques)
  CIM-9/9-CM : 428, 518.4
  CIM-10-CA : I50, J81
- Hypertension (à l'exclusion des cas d'interventions cardiaques)
  CIM-9/9-CM : 401.0, 401.9, 402.0, 402.1, 402.9
  CIM-10-CA : I10.0, I10.1, I11
- Angine (à l'exclusion des cas d'interventions cardiaques)
  CIM-9 : 411, 413
  CIM-9-CM : 411.1, 411.8, 413
  CIM-10-CA : I20, I23.82, I24.0, I24.8, I24.9
- Liste de codes d'interventions cardiaques à exclure *(le code peut être enregistré à n'importe quelle position. Les interventions codées en tant qu'annulées, précédents ou « abandonées après leur commencement » sont exclues)* :
  CCA : 47^^, 480^-483^, 4891, 4899, 492^-495^, 497^, 498^
  CIM-9-CM : 336, 35^^, 36^^, 373^, 375^, 377^, 378^, 3794-3798
  CCI : 1HA58, 1HA80, 1HA87, 1HB53, 1HB54, 1HB55, 1HB87, 1HD53, 1HD54, 1HD55, 1HH59, 1HH71, 1HJ76, 1HJ82, 1HM57, 1HM78, 1HM80, 1HN71, 1HN80, 1HN87, 1HP76, 1HP78, 1HP80, 1HP82, 1HP83, 1HP87, 1HR71, 1HR80, 1HR84, 1HR87, 1HS80, 1HS90, 1HT80, 1HT89, 1HT90, 1HU80, 1HU90, 1HV80, 1HV90, 1HW78, 1HW79, 1HX71, 1HX78, 1HX79, 1HX80, 1HX83, 1HX86, 1HX87, 1HY85, 1HZ53 rubric (except 1HZ53LAKP), 1HZ54, 1HZ55 rubric (except 1HZ55LAKP), 1.HZ.56, 1.HZ.57, 1HZ59, 1HZ80, 1HZ85, 1HZ87, 1IF83, 1IJ50, 1IJ54GQAZ, 1IJ55, 1IJ57, 1IJ76, 1IJ80, 1IK57, 1IK80, 1IK87, 1IN84, 1LA84, 1LC84, 1LD84, 1YY54LANJ

Critères d'exclusion :

1. Décès avant la sortie
2. Personnes de 75 ans et plus

Remarques :

Un nouveau code de « combinaison » pour l'infection aiguë des voies respiratoires inférieures chez les patients souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (J44) a été ajouté à la CIM-10-CA et n'a aucun équivalent dans la CIM-9/CIM-9-CM. Pour permettre les comparaisons entre secteurs de compétence sans égard à la classification de codification utilisée, les cas de MPOC codifiés en tant que diagnostic principal (DxP) dans la CIM-9/CIM-9-CM ou CIM-10-CA ont été ajoutés si le code « J44 » est également enregistré dans un des champs du diagnostic. Cette mesure vise à garantir que les cas de MPOC sont saisis de la même façon dans les secteurs de compétence qui utilisent la CIM-9/CIM-9-CM par rapport à ceux qui utilisent la CIM-10-CA. Aussi s'assure-t-on de faire contrepoids aux incidences de non-respect de la norme dans les secteurs de compétence qui utilisent la CIM-10-CA.

On n'a pas pu exclure le syndrome de Dressler dans les provinces et territoires qui utilisent la CIM-9, car il n'existe pas un code unique pour ce problème dans ce système de classification. En 2002-2003, le Québec a été la seule province au Canada à utiliser le système de classification de la CIM-9. En conséquence, ses taux peuvent être légèrement plus élevés que ceux des autres provinces et territoires en raison de l'inclusion de cette maladie (le syndrome de Dressler porte le code 411.0 dans la CIM-9-CM et le code 124.1 dans la CIM-10-CA).

Il n'y a pas de code unique pour le diabète avec hypoglycémie (CIM-10-CA : E10.63, E11.63, E13.63, E14.63) dans la CIM-9/CIM-9-CM. Cette affection a été codifiée à l'aide du code 250.7 de la CIM-9 et du code 250.8 de la CIM-9-CM, ce qui comprend aussi le diabète et d'autres manifestations précises. Cela n'a toutefois que peu d'incidence sur la comparabilité des taux entre les provinces et territoires selon qu'ils utilisent la CIM-9 ou la CIM-10.

Tableau A
Certaines caractéristiques selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

	Au moins une hospitalisation pour des CPSA (n=840)			Au moins une hospitalisation non pour des CPSA (n=4 149)			Aucune hospitalisation (n=11 942)		
	Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %		Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %		Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	corrigé	de	à	corrigé	de	à	corrigé	de	à
Démographie									
Âge									
20 ans ou moins	4,37[1]	2,75	6,89	4,25	3,27	5,50	11,41	10,65	12,23
21 à 40 ans	9,63[1]	6,83	13,42	15,20	13,41	17,18	25,76	24,50	27,07
41 à 60 ans	32,88	27,89	38,28	35,92	33,56	38,34	40,11	38,79	41,45
61 ans et plus	53,12	47,72	58,44	44,64	42,30	47,00	22,71	21,68	23,77
Âge									
19 ans ou moins	3,66[1]	2,24	5,91	3,69	2,78	4,90	10,14	9,44	10,90
20 à 64 ans	57,92	52,69	62,98	61,77	59,43	64,07	74,14	73,02	75,22
65 à 74 ans	38,42	33,40	43,69	34,53	32,41	36,73	15,72	14,82	16,66
Sexe									
Femmes	51,85	46,36	57,29	47,17	44,92	49,43	46,96	45,73	48,19
Hommes	48,15	42,71	53,64	52,83	50,57	55,08	53,04	51,81	54,27
Région urbaine/région rurale									
Région urbaine	81,61	77,80	84,90	80,01	78,30	81,61	81,29	80,14	82,38
Région rurale	18,39	15,10	22,20	19,99	18,39	21,70	18,71	17,62	19,86
Race									
Blanche	89,59	84,28	93,25	92,12	90,22	93,67	85,46	83,93	86,87
Autochtone	F	F	F	1,37	1,05	1,78	1,26	1,03	1,54
Autre minorité visible	7,93[1]	4,65	13,20	6,38	4,89	8,27	13,20	11,79	14,75
Situation socioéconomique									
Quintile de revenu du ménage									
Le plus bas	32,19	27,50	37,28	22,97	20,95	25,13	16,20	15,13	17,33
Intermédiaire bas	21,05	17,18	25,52	18,49	16,72	20,40	17,77	16,69	18,90
Intermédiaire	12,96	9,78	16,98	15,74	13,98	17,68	18,41	17,31	19,57
Intermédiaire haut	11,46	8,37	15,49	15,56	13,88	17,41	16,99	15,94	18,08
Le plus haut	9,14	6,85	12,11	13,65	12,10	15,36	19,12	18,01	20,29
Scolarité									
Moins que les études secondaires	43,76	39,16	48,46	35,33	33,13	37,60	30,09	28,75	31,46
Études secondaires complètes	13,75	10,45	17,89	18,50	16,71	20,42	19,35	18,22	20,53
Études postsecondaires incomplètes	7,77[1]	5,43	11,01	7,30	6,25	8,52	7,87	7,15	8,66
Études postsecondaires complètes	32,38	27,83	37,29	38,26	35,95	40,63	41,92	40,47	43,39
Plus haut niveau de scolarité dans le ménage									
Moins que les études secondaires	23,34	19,98	27,07	19,49	17,88	21,21	11,78	10,96	12,64
Études secondaires complètes	13,47	10,12	17,71	14,74	13,19	16,43	15,01	13,96	16,13
Études postsecondaires incomplètes	10,36[1]	7,31	14,48	7,95	6,73	9,36	7,64	6,93	8,42
Études postsecondaires complètes	47,94	42,72	53,22	55,77	53,33	58,18	63,36	61,90	64,80
Situation de famille/état matrimonial									
Enfant avec son père et/ou sa mère	4,89[1]	3,09	7,64	5,34	4,17	6,83	12,83	11,93	13,78
Conjoint de droit ou de fait	61,40	55,89	66,63	67,41	65,21	69,54	62,94	61,56	64,31
Veuf	11,56	9,13	14,53	9,62	8,46	10,91	4,45	3,95	5,00
Séparé/divorcé	14,35	10,63	19,09	8,98	7,82	10,29	7,36	6,69	8,09
Célibataire/jamais marié	7,81[1]	5,48	11,02	8,60	7,33	10,06	12,40	11,42	13,46
Situation d'immigration									
Non-immigrant	79,56	74,08	84,13	79,65	77,25	81,85	78,65	77,09	80,12
Immigrant (10 ans et plus au Canada)	18,84	14,54	24,06	18,35	16,25	20,66	17,43	16,08	18,86
Immigrant (moins de 10 ans au Canada)	F	F	F	1,98[1]	1,22	3,22	3,91	3,23	4,72
État de santé									
Santé autodéclarée									
Excellente/très bonne	11,46	8,70	14,96	27,70	25,49	30,02	46,43	45,06	47,80
Bonne	28,90	24,43	33,82	34,16	31,92	36,48	33,98	32,66	35,32
Passable/médiocre	59,64	54,69	64,40	38,13	35,76	40,55	19,57	18,42	20,78
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de Santé (IES)									
Aucune	6,69[1]	4,64	9,56	10,77	9,19	12,59	18,20	17,12	19,34
Légère	30,11	25,86	34,74	38,11	35,70	40,57	46,02	44,50	47,55
Moyenne	19,27	15,19	24,13	17,51	15,70	19,47	17,74	16,57	18,97
Grave	41,89	36,87	47,10	31,92	29,58	34,36	17,16	16,07	18,31
Certains états de comorbidité[2]									
Aucun	9,83	7,06	13,53	15,19	13,39	17,19	31,95	30,69	33,23
Un	27,84	23,29	32,90	37,33	35,00	39,73	41,42	40,05	42,81
Deux et plus	60,99	55,83	65,91	46,86	44,42	49,31	26,36	25,18	27,58

Tableau A

Certaines caractéristiques selon la situation d'hospitalisation, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001 (fin)

	Au moins une hospitalisation pour des CPSA (n=840)			Au moins une hospitalisation non pour des CPSA (n=4 149)			Aucune hospitalisation (n=11 942)		
	Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %		Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %		Estimation pondérée non	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	corrigé	de	à	corrigé	de	à	corrigé	de	à
Dépression									
Oui	13,86	10,36	18,30	12,01	10,47	13,74	10,32	9,41	11,31
Non	84,02	79,50	87,69	85,63	83,82	87,27	88,14	87,11	89,09
Stress quotidien									
Aucun	14,59	11,33	18,58	12,29	10,83	13,92	10,85	9,98	11,78
Négligeable	20,08	16,10	24,76	22,64	20,49	24,94	21,21	19,92	22,57
Léger	34,15	29,70	38,90	36,78	34,37	39,26	40,02	38,64	41,41
Important	21,93	17,88	26,60	21,38	19,44	23,46	22,25	20,94	23,61
Extrême	9,09[E]	5,95	13,67	6,87	5,73	8,23	5,63	4,94	6,42
Répercussions des problèmes de santé									
Parfois	23,89	19,67	28,70	21,98	20,13	23,95	20,12	18,96	21,34
Souvent	46,44	41,43	51,53	29,96	27,77	32,25	14,73	13,73	15,78
Jamais	29,51	25,36	34,02	48,05	45,55	50,56	65,11	63,71	66,49
Ne souffre habituellement pas de douleurs									
Oui	51,63	46,27	56,96	63,45	61,10	65,73	77,74	76,40	79,03
Non	48,09	42,75	53,48	36,55	34,27	38,90	22,18	20,89	23,53
Comportements de santé									
Tabagisme									
Jamais	17,44	13,79	21,81	26,90	24,68	29,23	34,72	33,37	36,09
Antérieurement	51,55	46,27	56,79	46,92	44,50	49,35	42,22	40,80	43,66
Occasionnellement	2,99[E]	1,84	4,82	3,99[E]	2,87	5,53	3,65	3,16	4,22
Quotidiennement	28,03	23,76	32,73	21,97	20,11	23,95	19,20	18,10	20,34
Indice de masse corporelle									
Poids insuffisant	4,43[E]	2,71	7,17	1,60[E]	1,15	2,22	1,55	1,23	1,95
Poids normal	36,26	31,18	41,67	32,76	30,35	35,27	38,29	36,91	39,69
Poids excessif	28,64	24,29	33,43	35,43	33,14	37,78	33,77	32,46	35,11
Obésité	30,49	25,94	35,46	29,94	27,94	32,03	26,12	24,89	27,39
Indice d'activité physique									
Grande activité	16,23	12,83	20,32	16,73	14,93	18,70	22,21	21,08	23,39
Activité moyenne	13,14	10,25	16,71	20,52	18,50	22,70	23,57	22,34	24,84
Inactivité	62,86	57,71	67,74	57,10	54,52	59,65	49,23	47,68	50,78
Consommation de fruits et de légumes									
Cinq portions et plus par jour	33,71	29,15	38,60	36,20	33,94	38,51	36,81	35,46	38,17
Moins de cinq portions par jour	65,04	60,14	69,65	62,53	60,24	64,77	62,13	60,73	63,51
Sentiment d'appartenance à la collectivité									
Très fort	20,18	16,53	24,39	20,07	18,35	21,92	17,33	16,28	18,43
Assez fort	36,06	30,70	41,80	38,53	36,10	41,01	40,33	38,79	41,89
Assez faible	18,67	15,42	22,43	22,07	20,11	24,16	25,09	23,74	26,50
Très faible	17,14	13,51	21,50	13,21	11,50	15,13	11,91	11,03	12,85
Expérience des soins									
Accès à un médecin permanent									
Oui	97,65	95,79	98,70	96,41	95,53	97,12	93,45	92,78	94,07
Non	2,35[E]	1,30	4,21	3,59	2,88	4,47	6,54	5,93	7,21
Consultations d'un médecin de famille dans les 12 derniers mois									
Aucune	4,24[E]	2,48	7,18	5,96	4,95	7,17	9,04	8,24	9,90
Une à trois	24,28	19,88	29,31	29,40	27,05	31,87	42,09	40,69	43,51
Quatre et plus	71,23	66,07	75,89	64,43	61,81	66,96	48,78	47,41	50,15
Consultations de spécialistes dans les 12 derniers mois									
Aucune	39,57	34,81	44,54	51,11	48,87	53,34	65,08	63,72	66,42
Une à trois	37,15	32,16	42,43	31,71	29,68	33,80	26,43	25,22	27,68
Quatre et plus	23,28	18,77	28,50	17,03	15,35	18,86	8,43	7,66	9,27
Hospitalisation de plus d'un jour dans les 12 derniers mois									
Oui	38,29	33,38	43,45	19,22	17,47	21,10	8,71	7,99	9,49
Non	61,24	56,06	66,17	80,63	78,73	82,40	91,25	90,47	91,98
Au moins un besoin en soins non comblé dans les 12 derniers mois									
Oui	17,98	14,38	22,26	16,83	15,21	18,58	15,12	14,14	16,16
Non	82,02	77,74	85,62	83,12	81,36	84,74	84,88	83,84	85,86

† arthrite, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cardiopathies, cancer, hypertension et diabète

[E] à utiliser avec prudence

[F] trop peu fiable pour être publié

Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension (n=16 931); les résultats présentés sont avant correction.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

Tableau B

Rapports de cotes en correction de l'âge et du sexe qui établissent le lien entre certaines caractéristiques de démographie, de situation socioéconomique, d'état de santé, de comportement de santé et d'expérience des soins et l'existence ou non d'hospitalisations pour des CPSA, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

Caractéristiques	Rapport de cotes en correction de l'âge et du sexe	Valeur P	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Démographie				
Région urbaine/région rurale				
Région urbaine†	1,00	...	...	...
Région rurale	0,94	0,612	0,74	1,20
Race				
Blanche†	1,00	...	...	...
Autochtone	2,70	0,061	0,95	7,67
Autre minorité visible	0,63	0,171	0,33	1,22
Situation socioéconomique				
Quintile de revenu du ménage				
Le plus bas	3,96	0,000	2,70	5,82
Intermédiaire bas	2,16	0,000	1,46	3,19
Intermédiaire	1,30	0,223	0,85	2,00
Intermédiaire haut	1,46	0,125	0,90	2,38
Le plus haut†	1,00	...	...	...
Scolarité				
Moins que les études secondaires	1,77	0,000	1,36	2,31
Études secondaires complètes	0,94	0,733	0,65	1,35
Études postsecondaires incomplètes	1,50	0,068	0,97	2,31
Études postsecondaires complètes†	1,00	...	...	...
Plus haut niveau de scolarité dans le ménage				
Moins que les études secondaires	1,77	0,000	1,37	2,28
Études secondaires complètes	1,11	0,580	0,77	1,58
Études postsecondaires incomplètes	1,85	0,004	1,22	2,82
Études postsecondaires complètes†	1,00	...	...	...
Situation de famille/état matrimonial				
Enfant avec son père et/ou sa mère	0,91	0,805	0,43	1,91
Conjoint de droit ou de fait†	1,00	...	...	...
Veuf	1,70	0,002	1,21	2,40
Séparé/divorcé	2,25	0,000	1,56	3,23
Célibataire/jamais marié	1,06	0,786	0,70	1,61
Situation d'immigration				
Non-immigrant†	1,00	...	...	...
Immigrant (10 ans et plus au Canada)	0,79	0,171	0,56	1,11
Immigrant (moins de 10 ans au Canada)	0,48	0,405	0,09	2,69
État de santé				
Santé autodéclarée				
Excellente/très bonne†	1,00	...	...	...
Bonne	3,04	0,000	2,11	4,37
Passable/médiocre	9,87	0,000	7,04	13,82
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de Santé (IES)				
Aucune†	1,00	...	...	...
Légère	1,12	0,622	0,72	1,75
Moyenne	2,08	0,005	1,25	3,46
Grave	4,33	0,000	2,79	6,72
Certains états de comorbidité*				
Aucun†	1,00	...	...	...
Un	1,63	0,087	0,93	2,85
Deux et plus	4,47	0,000	2,57	7,76
Dépression				
Oui	2,12	0,000	1,47	3,07
Non†	1,00	...	...	...
Stress quotidien autodéclaré				
Aucun†	1,00	...	...	...
Stress négligeable	0,89	0,519	0,61	1,28
Stress léger	1,06	0,735	0,76	1,46
Stress important	1,36	0,116	0,93	1,99
Stress extrême	2,37	0,004	1,33	4,24
Répercussions des problèmes de santé				
Parfois	2,77	0,000	2,08	3,70
Souvent	6,32	0,000	4,86	8,22
Jamais†	1,00	...	...	...
Ne souffre habituellement pas de douleurs				
Oui†	1,00	...	...	...
Non	3,12	0,000	2,46	3,94
Comportements de santé				
Tabagisme				
Jamais†	1,00	...	...	...
Antérieurement	1,90	0,000	1,39	2,60
Occasionnellement	2,09	0,018	1,14	3,86
Quotidiennement	3,23	0,000	2,32	4,50
Indice de masse corporelle				
Poids insuffisant	3,33	0,001	1,63	6,81
Poids normal†	1,00	...	...	...
Poids excessif	0,70	0,018	0,53	0,94
Obésité	1,13	0,403	0,84	1,52
Activité physique				
Grande activité†	1,00	...	...	...
Activité moyenne	0,68	0,054	0,47	1,01
Inactivité	1,61	0,002	1,19	2,17
Consommation de fruits et de légumes				
Cinq portions et plus par jour†	1,00	...	...	...
Moins de cinq portions par jour	1,27	0,048	1,00	1,61
Sentiment d'appartenance à la collectivité				
Très fort†	1,00	...	...	...
Assez fort	0,90	0,516	0,67	1,23
Assez faible	0,81	0,176	0,60	1,10
Très faible	1,58	0,010	1,12	2,23
Expérience des soins				
Accès à un médecin permanent				
Oui†	1,00	...	...	...
Non	0,50	0,038	0,26	0,96
Consultations d'un médecin de famille dans les 12 derniers mois				
Aucune†	1,00	...	...	...
Une à trois	1,18	0,594	0,64	2,17
Quatre et plus	2,54	0,002	1,41	4,57
Consultations de spécialistes dans les 12 derniers mois				
Aucune†	1,00	...	...	...
Une à trois	2,14	0,000	1,67	2,74
Quatre et plus	4,49	0,000	3,28	6,15
Hospitalisation de plus d'un jour dans les 12 derniers mois				
Oui	1,57	0,003	1,17	2,10
Non†	1,00	...	...	...
Au moins un besoin en soins non comblé dans les 12 derniers mois				
Oui	6,30	0,000	4,96	8,01
Non†	1,00	...	...	...

† catégorie de référence

* arthrite, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cardiopathies, cancer, hypertension et diabète

... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

Tableau C
Rapports de cotes en correction de l'âge et du sexe qui établissent un lien entre certaines caractéristiques de démographie, de situation socioéconomique, d'état de santé, de comportement de santé et d'expérience des soins et l'existence ou non d'hospitalisations pour des CPSA, population des ménages de 12 à 74 ans présentant des conditions chroniques propices aux soins ambulatoires, Canada sans le Québec, 2000-2001

Caractéristiques	Rapport de cotes en correction de l'âge et du sexe	Valeur P	Intervalle de confiance à 95 % de	à
Démographie				
Région urbaine/région rurale				
Région urbaine†	1,00	...	...	...
Région rurale	0,88	0,362	0,68	1,15
Race				
Blanche†	1,00	...	...	...
Autochtone	1,96	0,204	0,69	5,57
Autre minorité visible	1,34	0,389	0,69	2,62
Situation socioéconomique				
Quintile de revenu du ménage				
Le plus bas	2,10	0,001	1,39	3,17
Intermédiaire bas	1,60	0,034	1,04	2,46
Intermédiaire	1,21	0,431	0,76	1,92
Intermédiaire haut	1,07	0,797	0,64	1,78
Le plus haut†	1,00	...	...	...
Scolarité				
Moins que les études secondaires	1,41	0,011	1,08	1,83
Études secondaires complètes	0,89	0,529	0,61	1,29
Études postsecondaires incomplètes	1,29	0,284	0,81	2,04
Études postsecondaires complètes†	1,00	...	...	...
Plus haut niveau de scolarité dans le ménage				
Moins que les études secondaires	1,30	0,043	1,01	1,68
Études secondaires complètes	1,06	0,756	0,73	1,56
Études postsecondaires incomplètes	1,55	0,054	0,99	2,42
Études postsecondaires complètes†	1,00	...	...	...
Situation de famille/état matrimonial				
Enfant avec son père et/ou sa mère	1,14	0,757	0,50	2,62
Conjoint de droit ou de fait†	1,00	...	...	...
Veuf	1,23	0,246	0,87	1,75
Séparé/divorcé	1,85	0,002	1,27	2,69
Célibataire/jamais marié	1,16	0,483	0,77	1,75
Situation d'immigration				
Non-immigrant†	1,00	...	...	...
Immigrant (10 ans et plus au Canada)	0,97	0,883	0,68	1,40
Immigrant (moins de 10 ans au Canada)	0,86	0,861	0,16	4,72
État de santé				
Santé autodéclarée				
Excellente/très bonne†	1,00	...	...	...
Bonne	1,99	0,000	1,37	2,90
Passable/médiocre	3,68	0,000	2,59	5,22
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de Santé (IES)				
Aucune invalidité†	1,00	...	...	...
Invalidité légère	1,12	0,640	0,70	1,78
Invalidité moyenne	1,63	0,074	0,95	2,80
Invalidité grave	1,89	0,008	1,18	3,03
Certains états de comorbidité‡				
Aucun†	1,00	...	...	...
Un	1,17	0,567	0,69	1,98
Deux et plus	1,99	0,009	1,19	3,31
Dépression				
Oui	1,41	0,073	0,97	2,05
Non†	1,00	...	...	...
Stress quotidien autodéclaré				
Aucun†	1,00	...	...	...
Stress négligeable	0,80	0,245	0,55	1,17
Stress léger	0,91	0,580	0,64	1,29
Stress important	1,03	0,897	0,69	1,53
Stress extrême	1,37	0,297	0,76	2,49
Répercussions des problèmes de santé				
Parfois	1,77	0,000	1,31	2,39
Souvent	2,51	0,000	1,91	3,30
Jamais†	1,00	...	...	...
Ne souffre habituellement pas de douleurs				
Oui†	1,00	...	...	...
Non	1,64	0,000	1,28	2,10
Comportements de santé				
Tabagisme				
Jamais†	1,00	...	...	...
Antérieurement	1,63	0,003	1,18	2,24
Occasionnellement	1,21	0,614	0,58	2,51
Quotidiennement	2,06	0,000	1,47	2,90
Indice de masse corporelle				
Poids insuffisant	2,52	0,011	1,23	5,14
Poids normal†	1,00	...	...	...
Poids excessif	0,69	0,018	0,51	0,94
Obésité	0,94	0,683	0,69	1,27
Activité physique				
Grande activité†	1,00	...	...	...
Activité moyenne	0,64	0,033	0,43	0,96
Inactivité	1,12	0,468	0,82	1,53
Consommation de fruits et de légumes				
Cinq portions et plus par jour†	1,00	...	...	...
Moins de cinq portions par jour	1,13	0,328	0,88	1,45
Sentiment d'appartenance à la collectivité				
Très fort†	1,00	...	...	...
Assez fort	0,97	0,873	0,71	1,34
Assez faible	0,91	0,592	0,66	1,27
Très faible	1,35	0,103	0,94	1,95
Expérience des soins				
Accès à un médecin permanent				
Oui†	1,00	...	...	...
Non	0,71	0,331	0,36	1,42
Consultations d'un médecin de famille dans les 12 derniers mois				
Aucune†	1,00	...	...	...
Une à trois	1,11	0,744	0,59	2,11
Quatre et plus	1,49	0,201	0,81	2,74
Consultations de spécialistes dans les 12 derniers mois				
Aucune†	1,00	...	...	...
Une à trois	1,51	0,002	1,17	1,94
Quatre et plus	1,80	0,000	1,30	2,50
Hospitalisation de plus d'un jour dans les 12 derniers mois				
Oui	1,18	0,277	0,87	1,61
Non†	1,00	...	...	...
Au moins un besoin en soins non comblé dans les 12 derniers mois				
Oui	2,65	0,000	2,07	3,39
Non†	1,00	...	...	...

† catégorie de référence
‡ arthrite, maladies pulmonaires obstructives chroniques, cardiopathies, cancer, hypertension et diabète
... n'ayant pas lieu de figurer
Nota : Les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) sont l'asthme, l'emphysème/MPOC, le diabète, l'épilepsie, les cardiopathies et l'hypertension.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001; Information-santé orientée vers la personne, 2000-2001 à 2004-2005.

Tableau D
Profils des patients selon les probabilités prévues (quintiles) d'hospitalisation pour de CPSA chez les femmes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Quintile 1			Quintile 2			Quintile 3			Quintile 4			Quintile 5		
		Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%	
Probabilités moyennes (%)	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**
Âge moyen (nombre d'années)	35,26	34,08	36,43	42,75	41,36	44,15	49,22	47,82	50,62	53,62	52,28	54,96	57,60	56,42	58,78
Âge															
20 ans ou moins	20,30	17,38	23,57	12,44	10,18	15,13	6,89[E]	4,93	9,56	3,04[E]	1,97	4,69	2,93[E]	1,88	4,55
21 à 40 ans	42,10	38,02	46,30	29,42	25,82	33,30	19,73	16,98	22,82	16,92	13,74	20,67	8,75	6,58	11,54
41 à 60 ans	35,07	30,99	39,37	44,27	40,70	47,90	45,64	41,31	50,04	39,54	35,44	43,80	33,71	29,61	38,06
61 ans et plus	2,54[E]	1,34	4,76	13,87	10,99	17,37	27,73	23,90	31,92	40,49	36,27	44,85	54,61	50,39	58,77
Quintile de revenu															
Le plus bas	6,87	4,98	9,41	12,12	9,58	15,23	18,67	15,67	22,10	19,90	16,99	23,18	43,21	39,07	47,46
Intermédiaire bas	18,43	15,16	22,21	18,92	16,15	22,04	19,55	16,29	23,27	21,67	17,95	25,93	19,59	15,96	23,81
Intermédiaire	29,19	25,63	33,02	17,88	14,70	21,57	15,17	12,06	18,91	15,55	12,79	18,78	8,05	6,11	10,53
Intermédiaire haut	21,74	18,76	25,05	18,80	15,77	22,26	14,77	12,15	17,83	13,00	9,82	17,01	5,96	4,48	7,88
Le plus haut	12,85	10,29	15,92	20,49	17,61	23,71	18,20	15,04	21,85	17,26	14,32	20,66	10,12	7,79	13,07
Indication manquante	10,93	7,92	14,91	11,79	9,06	15,20	13,64	10,74	17,19	12,61	9,44	16,66	13,06	10,32	16,40
Certains états de comorbidité[1]															
Aucun	67,55	63,00	71,80	40,27	36,26	44,41	21,56	18,39	25,12	11,83	9,27	14,99	4,30[E]	3,08	5,97
Un	32,09	27,87	36,62	53,97	49,83	58,05	52,51	48,08	56,91	30,28	26,35	34,53	17,05	13,89	20,76
Deux et plus	F	F	F	5,76[E]	4,13	7,97	25,92	22,16	30,08	57,89	53,35	62,30	78,65	74,82	82,03
Le tabagisme															
Jamais	54,70	50,00	59,31	39,38	35,86	43,01	34,86	30,43	39,57	33,57	29,27	38,15	23,60	20,18	27,39
Antérieurement	34,54	30,56	38,75	37,50	33,82	41,34	39,79	35,54	44,19	40,74	36,38	45,24	38,26	33,87	42,86
Occasionnellement	4,37[E]	3,04	6,23	4,14[E]	2,94	5,79	2,60[E]	1,67	4,03	1,74[E]	1,08	2,79	3,53[E]	2,30	5,39
Quotidiennement	6,39	4,85	8,37	18,98	15,97	22,41	22,75	19,45	26,43	23,96	20,04	28,36	34,61	30,58	38,87
Indice de masse corporelle (IMC)															
Poids insuffisant	F	F	F	F	F	F	F	F	F	3,38[E]	1,95	5,78	7,16	5,15	9,86
Poids normal	61,62	57,10	65,95	46,42	42,41	50,47	33,51	29,56	37,72	27,53	23,57	31,88	26,80	23,29	30,62
Poids excessif	20,55	17,55	23,93	30,65	27,04	34,51	33,22	29,11	37,61	31,17	27,20	35,44	31,49	27,78	35,44
Obésité	17,69	14,08	21,99	21,77	18,72	25,18	32,15	28,39	36,17	37,92	33,57	42,48	34,56	30,33	39,04
Indice d'activité physique															
Grande activité	29,78	26,11	33,73	21,44	18,32	24,93	18,61	15,31	22,43	14,23	11,28	17,79	9,83	7,78	12,35
Activité moyenne	36,34	32,45	40,41	26,52	23,07	30,28	18,90	15,91	22,30	19,18	15,77	23,13	13,54	10,72	16,95
Inactivité	33,89	29,43	38,65	52,05	47,83	56,23	62,49	58,11	66,68	66,60	62,27	70,66	76,63	72,73	80,13
Nombre de consultations d'autres médecins spécialistes dans les 12 derniers mois															
Aucune	80,57	77,28	83,48	63,98	59,23	68,47	64,67	60,39	68,72	54,12	49,76	58,42	37,52	33,85	41,34
Une à trois	16,85	14,10	20,01	30,51	26,40	34,95	27,36	23,74	31,30	32,12	27,88	36,66	38,09	34,39	41,92
Quatre et plus	2,58[E]	1,60	4,13	5,52[E]	3,81	7,92	7,97	5,89	10,71	13,76	11,06	17,00	24,40	20,53	28,73
Hospitalisation de plus d'un jour au moins une fois dans les 12 derniers mois															
Oui	F	F	F	1,74[E]	0,98	3,09	6,24[E]	4,22	9,14	14,48	11,87	17,55	39,12	34,85	43,56

[1] ces états chroniques sont l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les cardiopathies, le cancer, l'hypertension et le diabète

Nota : Il s'agit des femmes de 12 à 74 ans ayant répondu à l'ESCC et présentant au moins une condition propice aux soins ambulatoires (asthme, emphysème/MPOC, diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension).

Source : Données en couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de 2004-2005 à 2005-2006 (sans le Québec).

Tableau E
Profils des patients selon les probabilités prévues (sous-groupes du quintile 5) d'hospitalisation pour des CPSA chez les femmes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Quintile 5 (6 % à 9 %)			Quintile 5 (10 % à 49 %)			Quintile 5 (50 % et plus)		
		Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %	
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Âge moyen (nombre d'années)	55,03	53,30	56,76	58,56	56,99	60,12	64,20	59,70	68,70
Quintile de revenu									
Le plus bas	32,30	27,43	37,58	50,48	44,26	56,69	80,52	63,92	90,60
Intermédiaire bas	18,72	15,08	22,99	19,81	14,34	26,71	F	F	F
Certains états de comorbidité[1]									
Aucun	7,67[E]	5,49	10,62	3,25[E]	1,93	5,44	F	F	F
Un	21,34	17,00	26,44	14,91	11,72	18,78	F	F	F
Deux et plus	70,98	65,52	75,90	81,84	77,71	85,34	98,04	90,58	99,62
Tabagisme									
Jamais	30,93	25,73	36,66	18,72	14,38	24,01	F	F	F
Antérieurement	33,93	28,82	39,45	43,43	37,17	49,90	40,36[E]	23,30	60,11
Quotidiennement	31,43	26,42	36,92	35,17	29,97	40,76	54,86[E]	35,84	72,55
Indice de masse corporelle (IMC)									
Poids insuffisant	3,57[E]	2,01	6,26	8,47[E]	5,44	12,96	44,10[E]	25,72	64,24
Poids normal	28,94	24,19	34,20	23,98	19,37	29,29	F	F	F
Poids excessif	32,43	27,59	37,68	32,53	27,07	38,51	F	F	F
Obésité	35,06	30,26	40,18	35,01	28,81	41,76	F	F	F
Indice d'activité physique									
Grande activité	9,95	7,46	13,14	9,12[E]	6,50	12,64	F	F	F
Activité moyenne	16,25	12,42	20,97	10,43[E]	7,30	14,68	F	F	F
Inactivité	73,80	68,74	78,30	80,46	75,33	84,73	92,44	76,90	97,82
Nombre de consultations d'autres médecins spécialistes dans les 12 derniers mois									
Aucune	45,02	40,06	50,07	29,86	24,87	35,38	29,51[E]	14,30	51,25
Une à trois	34,29	29,48	39,46	42,84	37,02	48,86	43,70[E]	25,88	63,32
Quatre et plus	20,69	16,18	26,06	27,30	21,09	34,53	26,78[E]	13,47	46,22
Hospitalisation de plus d'un jour au moins une fois dans les 12 derniers mois									
Oui	22,07	17,29	27,73	52,76	46,65	58,79	96,25	79,31	99,42

[1] ces états chroniques sont l'arthrite, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les cardiopathies, le cancer, l'hypertension et le diabète

Nota : Il s'agit des femmes de 12 à 74 ans ayant répondu à l'ESCC et présentant au moins une condition propice aux soins ambulatoires (asthme, emphysème/MPOC, diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension).

Source : Données en couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de 2004-2005 à 2005-2006 (sans le Québec).

Tableau F
Profils des patients selon les probabilités prévues (quintiles) d'hospitalisation pour des CPSA chez les hommes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Quintile 1			Quintile 2			Quintile 3			Quintile 4			Quintile 5		
		Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%			Intervalle de confiance à 99%	
Probabilités moyennes (%)	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**	**%**	**de**	**à**
Âge moyen (nombre d'années)	36,28	35,08	37,48	39,71	38,40	41,02	46,09	44,63	47,55	53,10	51,48	54,72	60,75	59,68	61,82
Âge															
20 ans ou moins	18,17	15,05	21,76	15,51	12,51	19,07	6,47[E]	4,47	9,28	6,23[E]	4,11	9,33	F	F	F
21 à 40 ans	42,90	38,33	47,60	32,13	28,20	36,32	25,89	21,56	30,76	12,83	9,64	16,86	5,12[E]	3,29	7,88
41 à 60 ans	38,21	33,89	42,72	46,72	42,61	50,88	48,60	43,76	53,47	40,34	35,58	45,29	28,57	24,74	32,74
61 ans et plus	F	F	F	5,64[E]	3,99	7,93	19,03	15,67	22,92	40,60	35,88	45,50	65,23	60,68	69,51
Quintile de revenu															
Le plus bas	4,74[E]	2,92	7,60	9,69[E]	6,65	13,93	12,47	9,74	15,82	17,89	14,36	22,07	32,11	27,97	36,56
Intermédiaire bas	8,79[E]	6,14	12,43	12,23	9,63	15,42	17,62	14,42	21,35	20,37	16,77	24,53	24,84	20,87	29,30
Intermédiaire	14,22	11,16	17,94	23,01	19,40	27,05	16,77	13,73	20,33	21,15	17,17	25,76	14,69	11,83	18,10
Intermédiaire haut	15,62	12,70	19,06	22,04	18,66	25,83	23,49	19,32	28,24	17,03	13,88	20,74	11,72	9,34	14,63
Le plus haut	50,64	45,95	55,32	25,83	22,28	29,73	17,33	14,13	21,07	12,30	9,08	16,45	6,08[E]	3,95	9,24
Indication manquante	5,99[E]	3,69	9,60	7,20[E]	4,90	10,46	12,32[E]	8,74	17,07	11,25	8,17	15,30	10,55[E]	7,41	14,81
Situation de famille															
Enfant avec son père et/ou sa mère	26,71	22,78	31,04	16,23	13,11	19,91	7,14	5,22	9,70	5,46[E]	3,86	7,67	F	F	F
Conjoint de droit ou de fait	63,66	59,10	67,99	63,92	59,34	68,26	68,38	63,68	72,74	70,20	65,22	74,73	72,62	68,31	76,54
Veuf	F	F	F	F	F	F	1,77[E]	1,10	2,84	2,47[E]	1,67	3,63	4,23[E]	2,43	7,27
Séparé/divorcé	0,93[E]	0,48	1,81	3,85[E]	2,47	5,94	7,54[E]	5,22	10,79	8,89	6,85	11,46	13,54	10,76	16,90
Célibataire/jamais marié	8,40	6,22	11,24	15,70	12,47	19,58	15,16	11,74	19,36	12,98	9,30	17,84	8,68	6,86	10,92
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de Santé (IES)															
Aucune	42,73	38,21	47,38	26,09	22,43	30,10	13,56	10,64	17,12	5,18	3,83	6,98	2,45[E]	1,46	4,11
Légère	42,86	38,13	47,73	52,49	48,14	56,79	53,12	48,25	57,93	48,93	43,88	54,01	34,06	29,97	38,41
Moyenne	12,55	9,64	16,18	15,33	12,65	18,47	23,99	19,97	28,53	23,85	19,69	28,58	16,55	13,22	20,52
Grave	1,86[E]	1,06	3,24	6,09[E]	3,99	9,19	9,34	6,81	12,67	22,03	17,90	26,81	46,93	42,55	51,36
Tabagisme															
Jamais	53,37	48,70	57,99	31,42	27,14	36,03	19,97	16,14	24,43	13,28	9,98	17,46	6,58[E]	4,39	9,75
Antérieurement	30,35	26,42	34,59	47,09	42,71	51,51	52,64	47,77	57,46	60,90	55,94	65,64	67,42	62,67	71,85
Occasional	6,27[E]	4,46	8,74	4,86[E]	3,14	7,44	F	F	F	2,66[E]	1,67	4,24	F	F	F
Quotidiennement	10,01	7,50	13,25	16,64	13,59	20,20	24,01	20,08	28,42	23,16	19,28	27,55	24,20	20,13	28,80
Nombre de consultations d'autres médecins spécialistes dans les 12 derniers mois															
Aucune	85,98	82,24	89,03	77,29	73,32	80,83	71,90	67,05	76,29	57,75	52,69	62,65	27,27	23,42	31,48
Une à trois	13,69	10,64	17,45	20,78	17,29	24,76	22,89	18,56	27,87	32,92	28,62	37,52	44,69	40,02	49,45
Quatre et plus	F	F	F	1,93[E]	1,04	3,53	5,21[E]	3,44	7,81	9,33[E]	6,32	13,57	28,05	23,84	32,68
Hospitalisation de plus d'un jour au moins une fois dans les 12 derniers mois															
Oui	F	F	F	F	F	F	3,83[E]	2,59	5,65	10,55	7,59	14,48	38,54	34,09	43,18

Nota : Il s'agit des hommes de 12 à 74 ans ayant répondu à l'ESCC et présentant au moins une condition propice aux soins ambulatoires (asthme, emphysème/MPOC, diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension).

Source : Données en couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de 2004-2005 à 2005-2006 (sans le Québec).

Tableau G
Profils des patients selon les probabilités prévues (sous-groupes du quintile 5) d'hospitalisation pour des CPSA chez les hommes de 12 à 74 ans, Canada sans le Québec

	Quintile 5 (0,09 à 0,25)			Quintile 5 (0,26 à 0,50)			Quintile 5 (>0,50)		
		Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %			Intervalle de confiance à 99 %	
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Âge moyen (nombre d'années)	59,49	58,15	60,83	63,43	61,91	64,95	66,74	64,94	68,54
Quintile de revenu									
Le plus bas	31,09	26,17	36,49	34,47	26,10	43,94	35,31[F]	20,19	54,06
Intermédiaire bas	24,15	19,55	29,43	28,34	20,26	38,10	22,88[F]	12,42	38,31
Situation de famille									
Conjoint de droit ou de fait	74,22	69,19	78,69	66,77	57,33	75,03	71,99	53,99	84,92
Veuf/séparé/divorcé	15,20	11,40	20,00	24,90[F]	17,45	34,22	25,52[E]	13,30	43,36
Degré d'incapacité à l'indice de l'état de Santé (IES)									
Légère	37,83	32,92	43,01	28,89	20,43	39,13	F	F	F
Moyenne	16,85	12,80	21,85	15,41[E]	9,18	24,71	F	F	F
Grave	41,97	36,87	47,24	55,71	45,62	65,35	75,32	56,72	87,67
Tabagisme									
Jamais	6,94[E]	4,49	10,59	F	F	F	F	F	F
Antérieurement	65,62	59,93	70,90	70,14	59,91	78,69	80,11	62,39	90,72
Quotidiennement	25,35	20,36	31,08	21,51[E]	14,97	29,89	F	F	F
Nombre de consultations d'autres médecins spécialistes dans les 12 derniers mois									
Aucune	33,18	28,10	38,69	12,79[E]	8,49	18,82	F	F	F
Une à trois	45,55	39,95	51,26	48,53	39,17	58,00	21,58E	12,07	35,55
Quatre et plus	21,27	16,97	26,32	38,68	29,58	48,64	71,20	54,96	83,35
Hospitalisation de plus d'un jour au moins une fois dans les 12 derniers mois									
Oui	28,05	23,33	33,31	62,09	51,78	71,41	83,52	53,20	95,76

Nota : Il s'agit des hommes de 12 à 74 ans ayant répondu à l'ESCC et présentant au moins une condition propice aux soins ambulatoires (asthme, emphysème/MPOC, diabète, épilepsie, cardiopathies et hypertension).

Source : Données en couplage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 et l'Information-santé orientée vers la personne (ISOP) de 2004-2005 à 2005-2006 (sans le Québec).